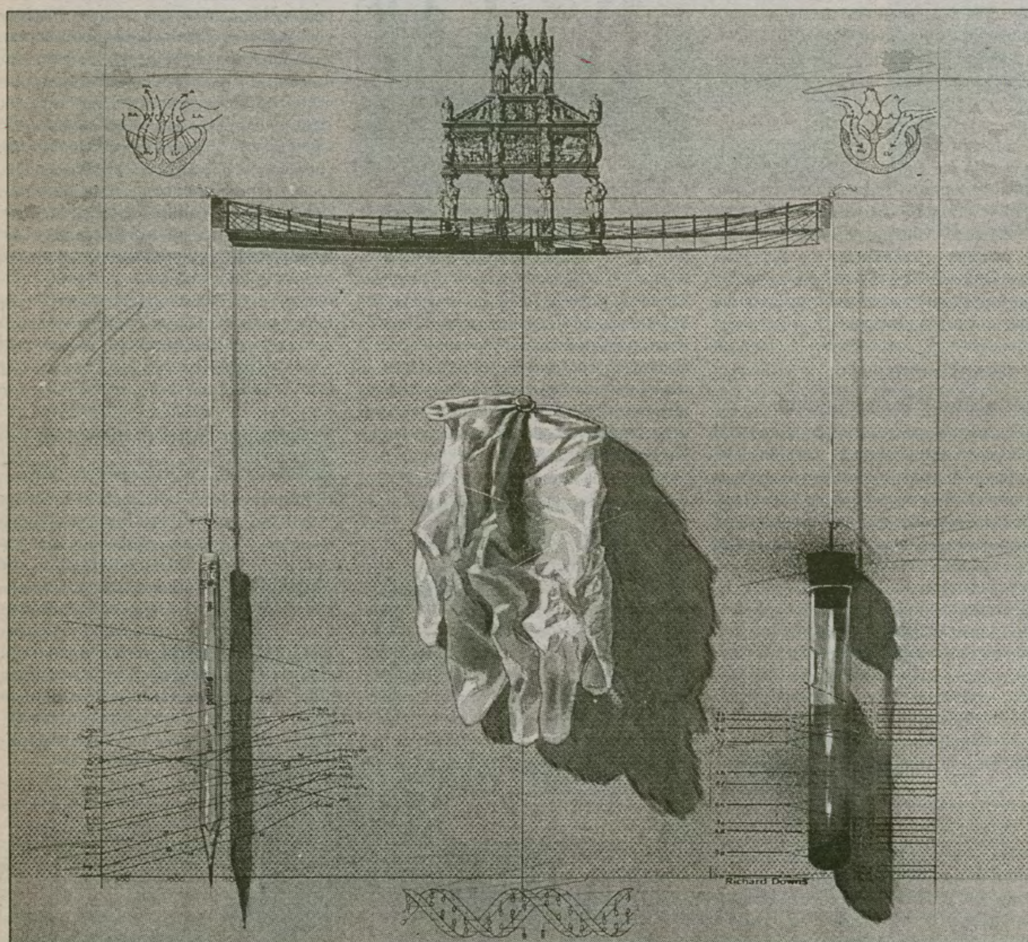
La Jornada

LetraS

NUEVA EPOCA
NUM. 10 / MAYO 1997

SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

*Sida, solidaridad,
salud, sexo seguro,
sexoservicio, síntoma,
semen, sexualidad, síndrome,
saliva, solución, seropositivos,
sobrevida, seroconversión,
sarcoma, sanidad,
secreción, sangre,*



Richard Downs

Sangre y sida

El abasto de sangre segura en los hospitales es una necesidad vital. A diez años de haberse prohibido en México el comercio de la sangre, se ha frenado la epidemia del sida por transmisión sanguínea; esta medida exitosa es un modelo para muchos países en desarrollo donde este problema, aún no resuelto, revela enormes desigualdades sociales.

MARK PLATTS

señala en una entrevista para LETRA S el carácter espurio de los argumentos moralistas en torno al sida y las derivaciones éticas de la relación entre médicos y pacientes

4

PATRICIA VOLKOW

hace el recuento del comercio de la sangre en México, de sus efectos en la diseminación del sida, y de los beneficios de su prohibición

8/9

ANA AMUCHÁSTEGUI Y MARTA RIVAS

analizan la necesidad de proteger los derechos reproductivos de la ciudadanía y de promover las condiciones favorables para la expresión libre de la sexualidad

11



Sam Smidt

ADEMAS

NOTIESE	2
DEMANDAS	3
SERVICIOS	14/15

EDITORIAL

Hace diez años, en mayo de 1987, las autoridades gubernamentales tomaron una decisión trascendental para garantizar el abasto de sangre segura en los hospitales del país: la prohibición del comercio con la sangre. Las reformas que se introdujeron a la Ley General de Salud, frenaron una de las vías de expansión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): la transmisión sanguínea. La curva de los casos de sida debidos a transfusiones de sangre contaminada, a la donación remunerada de plasma y hemoderivados, y a las infecciones de personas con hemofilia, muestra un claro descenso a partir de 1991. Esto refleja lo acertado de esa decisión. (Aunque la atención de las personas afectadas dejó mucho que desear.)

Sin embargo, en el caso de otra de las vías de transmisión del VIH no se actuó de manera tan rápida y tan certera. La curva de los casos de sida por transmisión sexual sigue en ascenso. Si bien es verdad que, a diferencia del manejo de la sangre, las prácticas sexuales no pueden regularse por leyes, también es verdad que, como en el caso de los donadores de sangre remunerados y de los receptores de transfusiones, sí pueden localizarse los grupos de la población más afectados por la transmisión sexual del VIH. Cuando se supo que los bancos de sangre privados eran una fuente de infecciones, se actuó con oportunidad. En cambio, no hay acciones continuas ni campañas de prevención sexual vigorosas dirigidas a los grupos de la población que más las necesitan, es decir, dirigidas a los lugares donde se localiza principalmente la epidemia.

La voluntad política y el esfuerzo realizado para frenar una forma de transmisión, la sanguínea, deberían emplearse para llegar a frenar otra forma de transmisión, la sexual ●

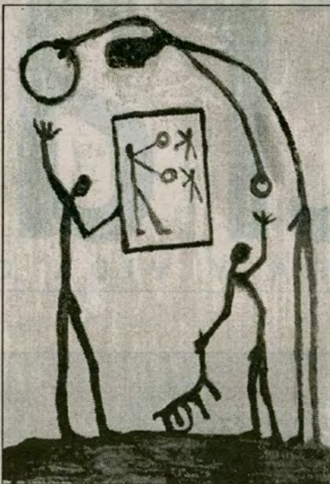
NUMERO 10 / MAYO 1997

Letra S
SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

Directora General: Carmen Lira Saade
Director Fundador: Carlos Payán
Director: Alejandro Brito
Coordinador: Arturo Díaz
Consejo Técnico: Arturo Vázquez Barrón, Carlos Bonfil, Antonio Contreras, Aarón Rangel, Lilia Rubio, Manuel Figueroa, Jorge Huerdo, Francisco Garibay
Diseño: Cees van der Hulst
Formación: Marina Sánchez de Tagle
Publicidad: Moisés López/Luz María Linares
Consejo Editorial: Elena Poniatowska, Marta Lamas, Carlos Monsiváis, Ana Luisa Liguori, Marta de la Lama, Antonio Lazcano, Dra. Carmen Villarreal, Dr. Arnoldo Kraus, Dr. Samuel Ponce de León, Dra. Patricia Volkow, Joaquín Hurtado, Dra. Yolanda Pineda, Max Mejía, Sandra Peniche, Nancy Mayagoitia, Estela Guzmán.

LETRA S, sida, cultura y vida cotidiana, es una publicación mensual, editada por Demos, desarrollo de medios, S.A. de C.V. Balderas N°68, Col. Centro, C.P. 06050, México, D.F. Editor responsable: Alejandro Brito Lemus. Certificado de Licitud de Título N°9169, Certificado de Licitud de Contenido N°6418, Reserva al Título en Derechos de Autor N°3389/95. Distribuido en el D.F. por la Unión de Expendedores y Voceadores de los Periódicos de México, A.C., y en el interior de la república y el extranjero por Distribuidora de Medios, S.A. de C.V. Impreso en Imprenta de Medios, S.A. de C.V., Abraham González N°81, Col. Juárez, México, D.F.
Tel./Fax: 538-7400
E-mail: letrassida@laneta.apc.org

NotieSe



Experimentan vacuna en chimpancés para prevenir infección

Investigadores de la Universidad de Pennsylvania publicaron, en la revista *Nature* (mayo, 1997), los primeros resultados de una vacuna experimental contra el VIH inoculada a dos chimpancés. Después de aplicar la vacuna, los chimpancés recibieron una cantidad de virus 250 veces superior a la necesaria para inducir la infección, y al cabo de 48 semanas, los monos no presentaron síntomas de infección, aunque sí breves indicios de presencia de VIH durante el periodo de entre seis y ocho semanas tras la inoculación del virus. Un tercer chimpancé que no fue vacunado, y que además recibió la misma dosis de virus, sí padece la infección. "Hemos podido protegerlos contra la infección. Nos sentimos alentados, pero cautelosos", dijo David Weiner, uno de los autores del estudio. Investigaciones anteriores han mostrado que esta vacuna también puede reducir el nivel de virus en el organismo de chimpancés previamente infectados. Los derechos de la tecnología de la vacuna pertenecen a la firma privada Apollon, Inc. con sede en Pennsylvania. Apollon dijo en forma separada que estaba realizando estudios clínicos en humanos con una porción de la vacuna, la relacionada con la capa externa. La compañía dijo que pronto comenzarán pruebas del componente. (**Agencias**)

Triterapia: entre el optimismo y la precaución

El optimismo por el éxito de la novedosa triple terapia contra el sida no debe conllevar al abandono de los programas de prevención, alertó Hiroshi Nakajima, director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al inaugurar, el pasado mes de abril, una reunión sobre las implicaciones de los tratamientos antirretrovirales en Ginebra, Suiza. "Han mostrado 'buenos resultados', pero es prematuro sostener que la enfermedad pronto se convertirá en un mal crónico —advirtió—; la ola de optimismo frente a las nuevas terapias no debe llevar a abandonar los programas de prevención y la búsqueda de una vacuna." Las pruebas se realizan tan sólo desde hace dos años, por lo que se desconoce si el virus puede crear resistencias. El director de la OMS subrayó que la triple terapia, la cual logró que en ciertos pacientes el virus descendiera a niveles indetectables en la sangre, no debe considerarse un método de prevención de la transmisión del mismo. Sin embargo, la triple terapia, compuesta por tres drogas diferentes, ofrece nuevas esperanzas y debe ser apoyada por el sector privado y por el gobierno. (**Agencias**)

Campaña antisida de *Magic* Johnson en Argentina

El ex basquetbolista estadunidense afirmó, en Buenos Aires, Argentina, que en la lucha contra el sida es prioritaria una fuerte campaña de prevención entre los adolescentes, y que en ella deben participar los gobiernos. A los jóvenes les aconsejó usar preservativos. "Muchos gobiernos —añadió— hacen muy poco en la lucha contra el sida, lo importante es que todos nos reunamos para educar al gobierno". Manifestó también su intención de ser un líder mundial en el tratamiento del VIH, porque "si bien mi vida no ha cambiado tanto, estoy muy feliz desde que empecé a educar a la gente sobre el sida". Uno de los objetivos prioritarios de su campaña es luchar contra la discriminación que sufren los enfermos de sida. "Es cierto que los precios de los fármacos son muy altos, por lo que siempre decimos que es importante que los gobiernos presten su ayuda a los enfermos de bajos recursos", añadió. (**Agencias**)

En Costa Rica: se niega Roche a dar medicamentos

Después de dos reuniones y más de cinco horas de negociaciones, directivos del laboratorio suizo Roche se negaron al pedido de un grupo de pacientes costarricenses con sida para recibir gratuitamente el inhibidor de proteasa Invirase (saquinavir). El grupo de pacientes representa a 200 personas seropositivas y enfermos de sida de varias clínicas de Costa Rica. El grupo ha mantenido encuentros con funcionarios gubernamentales y representantes de otros laboratorios durante los últimos seis meses. Un vocero del grupo señaló: "Sabemos que la burocracia gubernamental se mueve con lentitud y que los costos son enormes, pero el laboratorio tiene mucho dinero y podría tener un gesto humanitario para salvar vidas hasta que el gobierno pueda organizarse y tomar una decisión." (**Triángulo Rosa, Costa Rica**)

El virus que causa el sida es más fuerte que la "protección genética"

El número de abril de la revista médica británica *Lancet* refiere los casos de dos pacientes, un norteamericano con hemofilia y un francés homosexual, que contrajeron el VIH a pesar de una supuesta predisposición genética protectora. El científico francés Luc Montagnier, descubridor del virus que causa el sida en 1983, advirtió que "no se debe creer que los portadores de un defecto genético protector serán resistentes a todas las cepas de virus y puedan abandonar la prevencion". (**AFP**)

✉ a la letra

Sr. Alejandro Brito, director del suplemento

*Soy un lector anónimo del suplemento **Letra S**, como debe haber muchos en la República Mexicana y aun en el extranjero.*

Padezco el terrible mal del siglo y lo escondo lo mejor que puedo, por vergüenza. No pregunto mucho sobre esta enfermedad en lo que se refiere a su avances, consecuencias y curas, por el miedo terrible a verme estigmatizado (mi familia aún no lo sabe).

Por ello, este suplemento representa la esperanza más grande de mi vida para informarme sobre el sida, y a la vez me sirve de formación y orientación en el problema que me aqueja (supongo que también para muchísimos como yo).

*Quiero pedirle de favor, si le fuera posible, que en su próximo número me ampliara la información que apareció en **La Jornada** del día 12 de abril del presente año en la página 26 (Sector Salud) con el título "Aprueban dos fármacos para combatir el sida".*

Los derechohabientes del ISSSTE y del IMSS nada sabemos al respecto y en mi caso quisiera empezar a luchar verdaderamente por mi vida y por la de mi pareja.

Esperando verme favorecido con la información que solicito, quedo de usted eternamente agradecido.

Atentamente
Lector anónimo.
Morelia, Mich.

(**Nota**: Compañero, la respuesta y la información que requieres la puedes encontrar en la página 3 de este número, en la columna titulada "Novedades desde el Frente".)

Favor de dirigir toda correspondencia a Zempoala N°9-205. Col. Narvarte, 03020. Apdo. postal 12-670, 03020, México, D.F.

Novedades desde el Frente

Abasto oportuno de medicamentos, compromiso del IMSS

Por instrucciones del director general del IMSS, Genaro Borrego Estrada, a los titulares de las siete direcciones regionales de esa institución, las farmacias de los hospitales de todas las delegaciones del Seguro Social en el país deberán cubrir el abasto suficiente y oportuno de los medicamentos específicos para el tratamiento del sida y de la hemofilia. Así lo informó el doctor Mario Madrazo Navarro, director de Prestaciones Médicas de esa institución a los representantes del Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH (FrenpaVIH), en la primera reunión del Comité Mixto de Seguimiento y Vigilancia, el pasado 21 de abril.

Allí, el doctor Madrazo Navarro se comprometió a que a más tardar el 10 de mayo todas las farmacias de las cuatro delegaciones del IMSS en el Distrito Federal contarán con el abasto suficiente de los medicamentos ya aprobados, así como de los recientemente incorporados al cuadro básico de insumos de la institución: saquinavir e indinavir —inhibidores de proteasa—, y lamivudina (3TC). En el interior del país, el compromiso fue de cubrir el abastecimiento en el transcurso del mes de mayo.

Como lo informaron la mayoría de los diarios el pasado 16 de abril, en una acción sin precedentes en la historia médica del país, varias decenas de mujeres, hombres y niños que viven con sida y/o con hemofilia protestaron frente al Centro Médico Nacional Siglo XXI en demanda de mejor atención médica y de acceso a los nuevos medicamentos antivirales, inaccesibles por su elevado costo.

Después de bloquear la avenida Cuauhtémoc, los miembros del FrenpaVIH fueron recibidos por una comisión de funcionarios de alto nivel del Seguro Social, lo que constituyó, en la práctica, el reconocimiento oficial a la nueva organización. Allí, las autoridades del IMSS aceptaron formar un comité mixto, junto con representantes del Frente, para vigilar el abasto y calidad de los medicamentos y de los reactivos de pruebas clínicas; supervisar la capacitación y actualización del personal médico en el tratamiento del sida; y reforzar las campañas de prevención dirigidas a la población derechohabiente.



16 de abril: decenas de personas con VIH bloquean la avenida Cuauhtémoc en demanda de atención médica oportuna



Raúl Ortega

Miembros del Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH (FrenpaVIH) dialogan con autoridades del IMMS

También las autoridades encabezadas por Madrazo Navarro asumieron el compromiso de informar al FrenpaVIH en los próximos días la fecha del funcionamiento de los equipos de medición de la carga viral. Como se estipula, junto con la prescripción de los tratamientos antivirales, se necesita determinar periódicamente la carga viral de los pacientes, es decir, la concentración del virus en su sangre, para evaluar el efecto de dichos medicamentos. Se informó que los equipos funcionarán en seis regiones del IMSS. En fechas próximas, comenzará este equipo a funcionar en el C.M.N. La Raza.

Por otro lado, se integraron subcomités mixtos para atender diversos aspectos relacionados con el VIH/sida. La Subcomisión Mixta de Atención Médica vigilará la aplicación adecuada de los criterios de manejo vigentes en el IMSS para los protocolos de diagnóstico y tratamiento, que debe estar apegada a la normatividad institucional y sectorial. La primera encomienda será la revisión de criterios médicos para el tratamiento y uso de los nuevos fármacos antivirales, inhibidores de la proteasa. El FrenpaVIH cuenta con la asesoría de médicos especializados en el tratamiento del VIH/sida.

Otros subcomités mixtos atenderán asuntos relacionados con la prevención, educación, investigación, así como del seguimiento y vigilancia del abasto y la atención médica.

Con el propósito de funcionar de manera transparente, el FrenpaVIH tiene como principio elemental hacer del conocimiento público cualquier reunión, acuerdo o compromiso con las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud. Para ello, cuenta con una comisión de difusión encargada, y única autorizada, de difundir las acciones de esa organización.

Por último, el FrenpaVIH hace un llamado a los derechohabientes VIH positivos del IMSS para que apoyen sus acciones, vigilando el abasto de medicamentos y la calidad en el servicio médico y hospitalario. Es muy importante documentar de la mejor manera posible las quejas. Cualquier documentación se puede enviar al domicilio provisional del Frente: Calle 19 N°75, col. San Pedro de los Pinos, C.P. 03800 México, D.F.; de esta manera, la subcomisión mixta que corresponda atenderá las quejas y les dará seguimiento ●
(**Comisión de Difusión del FrenpaVIH**)

Francisco Galván Díaz, *In memoriam*

Francisco Galván Díaz, activista enérgico y ejemplar, pionero civil de la lucha contra el sida en México, creó espacios para el debate público, y rompió así el silencio en torno a las violaciones cotidianas de los derechos de quienes viven con VIH/sida. Su estrategia tuvo como ejes la influencia social de los medios de comunicación a través de la información oportuna y veraz, la batalla legal y el diálogo con las autoridades basado en la transparencia comunicativa. En 1988 publicó el libro *El sida en México: Los efectos sociales*, coeditado por la UAM y Ediciones de Cultura Popular. Al releerlo descubrimos la enorme vigencia que siguen teniendo hoy los propósitos de su lucha, la actualidad de los escenarios allí descritos.



CEES

Francisco Galván, cuarto aniversario de la muerte de un activista ejemplar

En 1989, Galván fundó el Grupo Intervención Social en sida y Defensa de Derechos Humanos (Gis-Sida), la primer ONG que promovió y gestionó demandas sobre violación a derechos humanos relacionados con el sida. Sus éxitos fueron rotundos. En 1991, logró el fallo a favor de un médico despedido de PEMEX por ser seropositivo, logrando su reinstalación. También en 1989, impulsó el primer esfuerzo conjunto de ONG para enfrentar la epidemia e influir en la política de salud: Mexicanos Contra el Sida, Confederación de Organismos No Gubernamentales, A.C. En octubre de 1990, aparece *Sociedad y Sida*, suplemento mensual de *El Nacional*, dedicado al debate en torno al sida, las políticas públicas emprendidas, la participación social, los nuevos tratamientos, y la defensa de los derechos humanos. Hoy *LETRA S, sida cultura y vida cotidiana* en *La Jornada*, desea continuar y enriquecer esa labor. Finalmente, en 1992 Galván ve realizado uno de sus esfuerzos más tenaces desde el inicio de la lucha: la *Cartilla de los Derechos de las Personas que viven con VIH o han desarrollado sida*, publicada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el Conasida, Gis-Sida, y Mexicanos Contra el Sida. Este documento sentó las bases para la *Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 17 de enero de 1995. Documento que representa un respaldo a los derechos humanos y al mejoramiento en la atención y el tratamiento en el Sistema Nacional de Salud. El 21 de mayo se cumplen cuatro años de su muerte. En su memoria continuamos la labor. **A.D.** ●



Cartel de la **X Caminata Nocturna Silenciosa**, que se llevará a cabo el viernes 9 de mayo a las 19:00 hrs. del Angel de la Independencia al Zócalo.
Antes de la marcha, los organizadores invitan a un tianguis informativo en el Angel a partir de las 14:00 hrs.
¡Lleva veladoras y flores!

Crítica de la razón espuria

UNA ENTREVISTA CON MARK PLATTS

**ALEJANDRO BRITO
Y CARLOS BONFIL**

Entre las diversas preocupaciones de Mark Platts, del Instituto de Investigaciones Fiolosóficas de la UNAM, figura la relación de la ética y la práctica de la medicina, tema presente en dos antologías: *Sida, aproximaciones éticas* (1996) y *Dilemas éticos* (1997) ambas publicadas por la UNAM y el Fondo de Cultura Económica. En esta entrevista, Platts subraya, entre otras cosas, la ausencia de formación ética en la gran mayoría de los trabajadores de la salud.

¿Por qué existe en México poca preocupación por un tema —ética y sida— que en otras partes genera tanto interés?

México es un país que no se distingue por sus debates públicos razonables sobre cuestiones sociales. Y esto se manifiesta en cualquier esfera de la vida cotidiana. Este es un fenómeno que está cambiando, las cosas han mejorado en los últimos años. Lo cierto es que en México no prospera mucho la idea de un debate público razonable.

Hay otro hecho fundamental: México es un país católico, y en los últimos siglos la Iglesia católica tampoco se ha distinguido por favorecer discusiones razonables.

En la introducción del libro *Sida: aproximaciones éticas* afirma usted que los ensayos ahí incluidos son contribuciones al desarrollo de una verdadera moralidad social ¿qué debemos entender por verdadera moralidad social?

¿Qué ha pasado con el sida en México y en tantas otras partes? Hay inicialmente un énfasis en la culpabilidad de la persona infectada o enferma que es un problema del individuo, de su buena o mala conducta, etcétera. Por supuesto, hay cuestiones morales importantes para los individuos. Por ejemplo, un seropositivo y su conducta en el futuro, su posibilidad de infectar a otras personas. Pero todo el énfasis se ha puesto en el hecho de condenar a individuos. Ha sido una moral individualista y condenatoria de los demás. ¿Cuál es la responsabilidad de la sociedad hacia la gente infectada con el virus y hacia quienes no lo están? No la hay. Como tantas otras sociedades, incluída Inglaterra, México es una sociedad que no acepta este tipo de responsabilidades y obligaciones. Es preciso, por ejemplo, dar todas las facilidades para cuidar y mejorar la salud de la gente. Pero lo que pasa es que resulta mucho más fácil y mucho más barato andar condenando. Esto no cuesta nada de dinero y proporciona un sentimiento muy agradable de superioridad moral.

Ahí es donde tú hablas de valores sociales agotados.

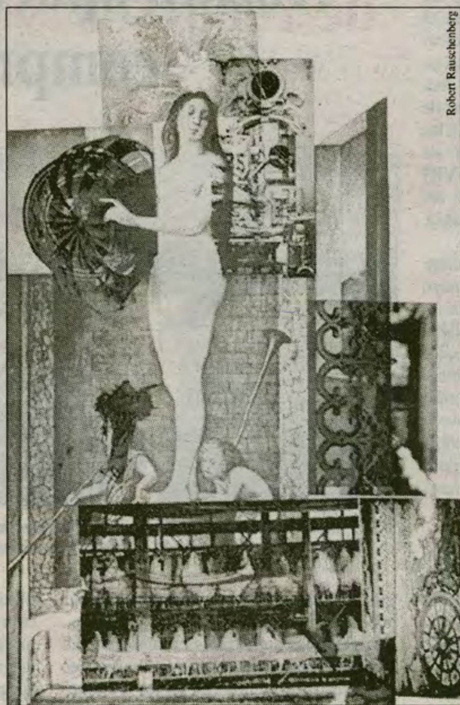
La frase no es muy afortunada pues sugiere que al estar agotados alguna vez tuvieron validez y la perdieron; en muchos casos creo que jamás la tuvieron. A mí me interesa cómo utiliza la gente el discurso moral para criticar y condenar a los demás. Es un ejercicio de superioridad moral. La idea de autocrítica moral, es decir, lo que la moral exige de mí en relación con los otros, eso no, es mucho más cómodo condenar a las demás personas.

Sin embargo, muchos de estas argumentaciones no se asumen como moralistas, sino que adelantan otro tipo de razonamientos. Es el caso, por ejemplo, de Castillo Peraza y su argumento "ecológico" contra el condón.

Ahí si hay algo que un filósofo puede hacer porque en teoría un entendimiento filosófico te ayuda a distinguir mejor entre argumentos malos y buenos. Hay ahí una contribución del filósofo, y es estrictamente negativa: destruir los argumentos. El filósofo debería ayudarte a ver los errores grotescos y generalmente deshonestos detrás de algunas argumentaciones.

¿Ese es el objetivo del libro?

El propósito principal del libro es tratar de hacer que la gente reflexione sobre el tema. Hay muchas resistencias. Al ser humano no le gusta pensar. Es fascinante como la gente define desde Aristóteles al ser humano como un ser racional. No somos muy racionales, no nos gusta pensar mucho, cuesta trabajo. Y especialmente sobre un tema donde hay mucha resistencia, ya sea por homofobia o porque el tema está relacionado con la muerte; no es una forma agradable de pasar el tiempo. Hay mucha resistencia y manipulación por parte de la derecha, porque ofrecen argumentos espurios. Es entonces mucho más fácil para alguien aceptar esos argumentos espurios que ponerse a pensar.


Robert Rauschenberg

Recientemente, escuché en la Facultad de Medicina una conferencia de un médico que parece creer que alguien seropositivo no debe tener relaciones sexuales, ni siquiera con condón, apoyándose en argumentos espurios contra el condón. Y se trata de un médico que atiende cotidianamente a pacientes con VIH/sida. Yo prefiero que la persona sea más honesta, y que diga "El uso del condón es un pecado", en lugar de inventar argumentos dizque ecológicos, dizque científicos. Lo que ese médico está haciendo es imponer una moralidad individual a partir de argumentos a menudo grotescos.

¿De qué manera se evita caer en la trampa del juicio moralista al abordar el tema del sida?

No se puede hacer mucho contra alguien que es seropositivo y desea hacer el amor sin condón; sin embargo, sí se puede abordar el problema de otra manera. En Estados Unidos, en una clínica médica excelente, a la gente seropositiva se le brinda el mejor tratamiento médico posible, todos los estudios clínicos son gratis, con una sola condición: que lleguen con su pareja a la clínica. Si en México se optara por una alternativa parecida, en lugar de andar moralizando, las cosas serían un poco diferentes.

Existe también la tentación de penalizar.

Es difícil saber qué tipo de delito sería tener relaciones desprotegidas sabiendo que eres seropositivo (¿intento de homicidio, asalto sexual?, hay muchas categorías). En Inglaterra esto no es nada claro. Pero también el recurso a la ley en estos casos suele ser improductivo. Se procede siempre cuando el daño ya está hecho; nunca tienen estas medidas un efecto preventivo. Sólo te dan la gran satisfacción de poder castigar de manera muy estúpida.

Se piensa sin embargo que se está protegiendo a la sociedad al segregar al elemento nocivo.

En Estados Unidos, las restricciones contra seropositivos extranjeros tienen la virtud de dar la impresión de que el gobierno hace algo contra la epidemia, pero en realidad no está haciendo nada, excepto encubrir la incapacidad del gobierno de educar a sus propios ciudadanos acerca de sus conductas. Es mucho más fácil moralizar, mucho más dramático, y más atractivo para la prensa amarillista.

En esa mecánica de culpabilizaciones, ¿cómo funciona la famosa categoría de "víctimas inocentes"?

Tienes primero la creencia de que este bicho no es un producto de la naturaleza, y escoges: es un castigo de Dios o la culpa de los norteamericanos en algún laboratorio. Si crees que es un castigo de Dios, y supones que tu Dios es alguien muy inteligente, luego descubres que los afectados no sólo son, como creías, los "maricones", sino también las mujeres y, peor aún, los bebés. Tienes ahí un problema: ¿Que pasó con tu Dios tan inteligente? Te inventas entonces la categoría de víctima inocente. Aun cuando como moralista quieras matar a los "maricones", a las putas, los drogadictos, los haitianos, los extranjeros, te niegas a matar a un pequeño bebé, y lo conviertes en víctima inocente. El concepto es muy pernicioso. Si lo que quieres y verdaderamente te interesa es hacer de un seropositivo o un enfermo un síntoma de pecado, de culpabilidad, entonces necesitas el concepto de víctima inocente para poder reforzar la condena a los culpables. No piensas tanto en la salud del bebé como en la necesidad de justificar el odio hacia las gentes cuyas conductas te parecen condenables, y el bebé te permite hacerlo con mayor facilidad. Cuando alguien utiliza esa categoría en mi presencia, estoy seguro de estar hablando con alguien a quien le encanta la idea de que los homosexuales mueran. Y no importa que esta gente diga luego que ama a la gente que sufre con una enfermedad —estoy citando al Papa—, o incluso a los homosexuales que padecen la epidemia, en el fondo es un placer ver al pecador recibir su castigo merecido.

En la introducción de tu libro, señalas la manera en que el sida ha cuestionado la relación tradicional entre médicos y pacientes. ¿Cómo se podría remediar la falta de formación ética de muchos médicos?

En Estados Unidos el sida sí ha logrado cambiar dicha relación, y si hemos de ser justos hay que reconocer la contribución de muchos médicos que apoyaron ese cambio. Lo que debe cambiar es la actitud pasiva de los pacientes, quienes ya deben comenzar a indignarse. Con frecuencia, la organización sociopolítica te quita la capacidad y la posibilidad de indignación. Los pacientes deben indignarse y no sentir que el gobierno y la sociedad está haciéndoles un favor; y no sólo pacientes con sida, sino también con cáncer, y con tratamientos muy caros que no están incluidos en el cuadro básico de medicamentos. Ellos deben indignarse frente a médicos que se creen dioses.

¿Cómo se prepara un médico para hacer frente a los dilemas éticos que le plantea la atención de un paciente en fase terminal?

En la educación médica en México hay enormes carencias; una de ellas, casi universal, es la falta de ética médica. Los únicos lugares donde realmente se enseña ética médica a estudiantes de medicina son las universidades particulares ultracatólicas. Comúnmente no se prepara al médico joven para su primer caso con un paciente, porque él ya no puede hacer nada. Es una experiencia muy fuerte, crucial para muchos médicos.

¿Frente a médicos que se niegan a atender a pacientes con sida, estaría de acuerdo en obligarlos legalmente a hacerlo, como sucede en Inglaterra?

La respuesta fácil sería sí, estoy a favor de obligarlos, pero tengo miedo de imaginar cómo va a tratar a un paciente con sida un médico obligado a hacerlo; aunque, por otra parte, si no hay otra alternativa, y si él es el único infectólogo, digamos, en una ciudad pequeña, entonces sí hay que obligarlo. Cuando los médicos se niegan a tratar a un paciente con VIH o con sida, los argumentos para justificarse son espurios. Dicen que el mal del paciente es una consecuencia de su propia conducta. Sin embargo, a mí me tratan mi cáncer de pulmón y mi hígado destrozado. Son inconsecuentes. Lo que en realidad no quieren es tratar a pacientes homosexuales.

¿Con el sida no sólo se da una batalla epidemiológica, sino también un combate en términos de valores?

Existe un fenómeno fascinante: la fe en la ciencia. Según esa fe, no tenemos porque preocuparnos, ya que en un años, tres años, diez años, la ciencia va a encontrar el tratamiento definitivo. En la historia de la medicina, la ciencia ha logrado resultados que podrían eliminar tantas enfermedades, pero sólo una ha desaparecido: la viruela. La tuberculosis se podría eliminar; la lepra es totalmente tratable. Luc Montagnier podría mañana encontrar la cura para el sida. Pero una solución efectiva requiere algo más que un argumento científico; es preciso abordar la cuestión social, hablar de política, y, naturalmente, de ética ●

Solvencia moral y transparencia de recursos

FORO DE DISCUSION DE ORGANIZACIONES CIVILES / 2ª Y ULTIMA PARTE

La transparencia en el manejo de los recursos, la necesidad de establecer principios éticos que rijan el trabajo comunitario y el apremio de fijar objetivos comunes de lucha, como lograr el acceso a los nuevos medicamentos, fueron algunos de los puntos señalados por miembros de diversas organizaciones del país en un foro de discusión coordinado por Arturo Vázquez Barrón de *Letra S*. En esta segunda y última parte, la discusión continúa sobre la propuesta de formar un colegio de organizaciones no gubernamentales (ONG), donde se vierte la cuestión del funcionamiento ético de las ONG.

Carlos García de León (CGL): Una organización así podría ser un inicio de solución, porque las diferencias entre organizaciones no tienen en dónde dirimirse. Podría ser una organización que trabajara todos los aspectos de la ética: desde el acoso sexual hasta la transparencia de los recursos económicos, materiales y humanos. Podría ser una solución, siempre y cuando se parta de una declaración común de principios éticos. Además debería tener limitaciones muy específicas en sus facultades: no va a promover proyectos ni a autorizarlos, ni podrá ser árbitro en la definición de los financiamientos.

Joaquín Hurtado (JH): Pero sí podría enseñarme a conseguirlos...

CGL: Claro, incluso apoyarte para que puedas ejercer el presupuesto adecuadamente. En muchas organizaciones ha sido la ignorancia la que ha provocado errores en el manejo de los recursos.

Laura Villalobos (LV): A mí el rollo de la vigilancia no acaba de gustarme. ¿A quién le otorgamos esta calidad moral? Habría que pensar muy bien si hacemos una ONG que vigile a las otras ONG.

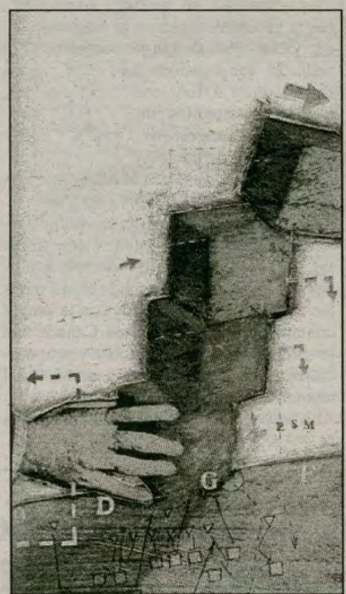
JH: Siempre que vengo al D.F. me doy cuenta de que cada quien está en lo suyo, en su milpita. ¿Por qué no podemos unirnos y empujar ante el gobierno cosas importantes? Quizá haga falta algo que nos aglutine. Un organismo que tenga la capacidad de enseñarme cómo elaborar un proyecto, pero que no venga a fiscalizarnos, porque eso a lo mejor trae broncas. Habría que convocar a otras ONG afines para vernos en un lugar determinado para seguir con esta discusión.

Arturo Vázquez Barrón (AVB): Tal vez el problema de la "vigilancia" tenga que ver con esa parte del comportamiento ético que es la libertad de decisión de las ONG. Joaquín lo especificó muy bien: Nos dimos cuenta de que era fácil lucrar pero decidimos no hacerlo. Entonces hay quien decide lucrar con la lucha contra el sida, y quien decide no hacerlo. Es una decisión muy volátil, muy frágil. Por eso es complicado crear una estructura organizativa que controle esto.

Sandra Peniche (SP): Según veo, la ética personal tiene que ser congruente con la ética organizacional. Pero en el fondo, la decisión de no engañar, de no abusar no tiene que ver con el lucro. Me parece que esta noción de lucro habría que definirla mejor.

CGL: Por lucrar no debe entenderse el cobro de servicios, ni que la ganancia sea del 80 o del 300 por ciento. Es más bien qué voy a hacer con esas ganancias. Si me clavo lo poquito que gano, aunque sean 30 pesos, eso es lucrar. Pero las ONG no tenemos la posibilidad de lucrar, porque somos, como decías antes, bienes sociales y respondemos a nuestra sociedad. Entonces, una cosa es que haya una mala administración por ignorancia, y otra que se estén volando la lana.

LV: Mira, yo siento que si hablas de vigilancia todo el mundo se asusta. Pero cuando accedes de manera voluntaria a ella es diferente, porque puedes decir "aquí están mis archivos, los puedes revisar cuando quieras". Esto es una evidente cuestión de voluntad, que es como la aportación de las ONG a la democratización de la sociedad. La corrupción anda por todos lados, pero no es cierto que la corrupción seamos todos.


David Lesn

CGL: Hay otro reto importante que se les presenta a las organizaciones: el de sobrevivir. Creo que en el D.F. estamos sobrerrepresentados, hay casi cien organizaciones, que están haciendo duplicidad de trabajo. Algunas organizaciones desaparecen porque no pueden sobrevivir entre tanta competencia. A mí me parece vergonzoso que no tengamos un plan articulado de trabajo a diez años. Estamos trabajando al día. Habría que pensar en qué se va a hacer a largo plazo, hacia dónde debe dirigirse nuestro desarrollo institucional.

SP: Dentro de nuestros retos, hay uno inmediato: mantener la calidad de vida para las personas portadoras del virus. Habría que impulsar al máximo lo del fideicomiso, conseguir que la gente de veras tenga acceso a esos medicamentos.

JH: Otra de las luchas importantes en este momento es quitarle poder de decisión unilateral al gobierno; es decir, quitar el poder centralizado que el ejecutivo tiene a través de su Secretario de Salud y a través de Conasida. Ellos son los que dicen y deciden qué diablos se va a hacer. Pero quienes debemos tomar las decisiones en cuanto a qué se debe hacer en sida somos nosotros.

AVB: Se ha hablado aquí de la necesidad de articularse, de sobrevivir, del reto por la competencia entre iguales. Pero al mismo tiempo hay una clara conciencia de que las ONG están muy polarizadas, muy enemistadas.

CGL: Deberíamos buscar una estrategia diferente, en la que sí quepamos todos, es decir, en donde haya un punto de acuerdo general. Esto es muy difícil por los intereses personales, por el pasado que venimos arrastrando. Habría que buscar una estrategia muy clara, muy transparente con la que pudiéramos encontrar puntos de acuerdo para iniciar esta discusión.

AVB: El tiempo se nos acaba. ¿Alguien tendría una propuesta concreta?

JH: En Abrazo hemos echado a andar grupos de trabajo con objetivos afines y concretos. Así hemos empezado a compartir objetivos, situaciones de comunicación, y hasta empezado a ver la posibilidad de compartir recursos económicos. Pero es un proceso muy lento.

CGL: Necesitamos un grupo en donde coincidamos en objetivos y metodologías, mística de trabajo, y posiciones ante esta situación.

LV: Algo muy concreto sería difícil. Pero esta discusión sobre ética tiene que seguir adelante. Estamos iniciando algo que es muy rico y que va a traer consecuencias importantes.

CGL: Yo no sé cuál es el objetivo final de todo esto, aparte de la publicación, pero me parece que vienen tiempos electorales muy importantes, y haría falta que las ONG obligaran a los partidos a definirse. Si no incidimos en este momento en las elecciones, el momento se nos va a ir y el costo va a ser tan caro como el pasmo en que hemos vivido en estos últimos seis años.

SP: Es un acierto que *Letra S* nos haya convocado, y habría que hacer un esfuerzo por ampliar esta discusión, para hablar con otras ONG que no pudieron estar aquí.

JH: La gran lección de estos años ha sido ver cómo gente querida y que no debía morir ya no está con nosotros. La otra gran lección es que todo lo importante que ha pasado ha sido por iniciativa y por presión de las ONG. Es necesario abrir este debate con los demás protagonistas, con otras personas, con otros personajes de la vida pública del país, para seguir debatiendo sobre ética y sobre otros temas igualmente importantes en la lucha contra la enfermedad ●

Prevenirse

GONZALO MAULEN

Todo este asunto de la transmisión, los contactos riesgosos y por supuesto, la prevención, tienen que ver con la sangre, hábitat natural del VIH y punto central de todo lo que sucede en torno a la experiencia del VIH/sida.

El VIH y la sangre son los dos elementos clave en esta historia. El primero porque necesita un medio para vivir y el segundo porque es el medio ideal para que el virus se aloje y luego se desarrolle. Por lo tanto, de la sangre y del VIH hay que saber unas cuantas cosas.

De las tres formas de transmisión del VIH: la sexual, la perinatal y la sanguínea, la última es la más efectiva; es decir, el contacto de sangre contaminada con alguna entrada hacia nuestro torrente sanguíneo es la forma más segura de convertirse en seropositivo.

Estos son algunos hechos:

El virus que causa el sida puede habitar únicamente en la sangre de los seres humanos, por lo tanto ningún animal tiene capacidad de transmitirlo.

El VIH es un virus anaeróbico, es decir, muere con facilidad al contacto con el aire. La sangre fuera del organismo humano se convierte rápidamente en inofensiva.

Los mosquitos no transmiten el VIH. De este asunto hay varias cosas que aclarar. Los mosquitos no inyectan sangre de una persona a otra, simplemente la chupan. Algunos otros animales inyectan únicamente saliva. Tampoco el virus vive en los insectos ni se reproduce en ellos.

La piel sana es totalmente impermeable al virus. Esta infección no se transmite por los poros, ni mucho menos. De tal forma que si se tiene contacto con sangre contaminada en la piel sin heridas, no hay posibilidad de infección.

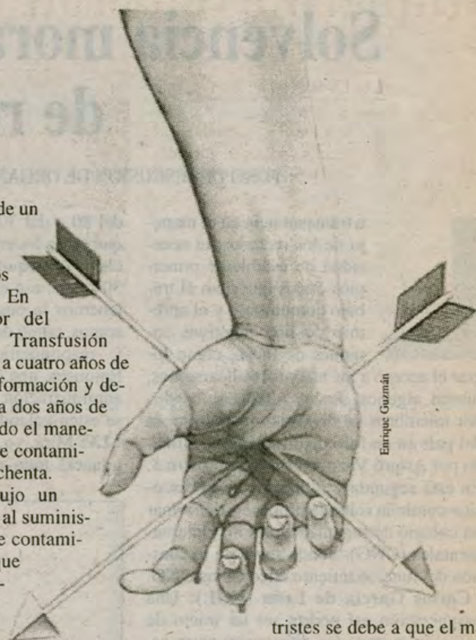
La forma más segura de transmisión sanguínea es una transfusión con sangre contaminada. Sin embargo, esto es cada vez menos frecuente, incluso en países del Tercer Mundo, ya que desde hace una década, toda la sangre que se utiliza para transfundir se revisa primero en laboratorio.

Otra de las formas de transmisión es compartir jeringas y objetos punzocortantes con una o varias personas. Igualmente, hacerse tatuajes, perforarse el cuerpo o producirse cicatrices sin instrumental debidamente esterilizado.

Compartir rastrillos o cepillos de dientes se considera también una forma posible de difundir el VIH. Sin embargo, hasta el momento no se ha documentado ningún caso que haya adquirido el virus de esta manera ●

Luis Reyes

VIH y pacientes con hemofilia: el balance trágico



La transfusión sanguínea, como la conocemos hoy, comenzó durante la Segunda Guerra Mundial, cuando la llamada "medicina de frente de batalla" logró el control de la sangre y de los productos hemoderivados. Desde entonces, la sangre y los hemoderivados se han convertido en una poderosa industria internacional en la que Estados Unidos controla el 60 por ciento del comercio de plasma sanguíneo. Los productos sanguíneos incluyen células, plaquetas, plasma y productos derivados del propio plasma, uno de los cuales, el factor VIII, tiene una importancia primordial para pacientes con hemofilia. El factor VIII tiene su propia trayectoria trágica en la historia de la sangre no contaminada.

En 1982, los Centros para el Control de las Enfermedades en Estados Unidos reportaron por primera vez los casos de sida en pacientes con hemofilia. Desde 1983 se supo, por esta asociación del virus con la hemofilia, que el VIH podía transmitirse por la transfusión sanguínea. Las personas con hemofilia tuvieron que pagar el altísimo precio de este hallazgo.

La hemofilia es una alteración sanguínea hereditaria, ocurre en casi todo el mundo, y afecta a 20 de cada 100 mil varones. A principios de los setenta, los crioprecipitados se vuelven el método común para tratar a pacientes con hemofilia, y mejorar y prolongar sus vidas. En Estados Unidos, muchos pacientes recibían entre 40 y 60 perfusiones sanguíneas al año, pero parte de esta sangre estaba ya contaminada con el VIH años antes de que se reconociera formalmente la presencia del virus.

Como terrible consecuencia de lo anterior, el sida es hoy la principal causa de fallecimiento entre gente con hemofilia. A estas personas que padecían un desarreglo crónico y en ocasiones mortal, se les infligió, inadvertidamente, un padecimiento más, casi siempre mortal. En Estados Unidos, alrededor de 50 por ciento de todos los pacientes con hemofilia es hoy portadora del VIH.

En Estados Unidos muchas demandas jurídicas se han empeñado en ubicar el origen de la culpa. La mayoría de las demandas interpuestas por pacientes con hemofilia, o por sus sobrevivientes, contra compañías farmacéuticas norteamericanas, han fracasado. Pero un litigante que contrajo el VIH en 1984 ganó casi medio millón de dólares en su demanda contra la Asociación Norteamericana de Bancos de Sangre, y actualmente dicha industria está creando un fideicomiso de casi 150 millones de dólares para compensar a los pacientes con hemofilia infectada con el VIH, posiblemente 6 mil personas.

En Gran Bretaña, luego de un intenso debate político, se creó un fideicomiso de compensación para los pacientes con hemofilia. En Francia, un ex director del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea fue condenado a cuatro años de prisión, y el ex jefe de información y desarrollo de dicho centro, a dos años de cárcel, por haber autorizado el manejo y distribución de sangre contaminada a mediados de los ochenta.

En Alemania se produjo un fuerte escándalo en torno al suministro, ya en 1993, de sangre contaminada, lo que ocasionó que se procesara a funcionarios de compañías de productos sanguíneos por delitos de fraude y daño corporal. Tanto en Francia como en Alemania, donde más del 40 por ciento de los pacientes con hemofilia es también seropositiva, ha habido intentos por fincar las responsabilidades de hombres políticos, en servicio o ya fuera de él, en todos los escándalos relacionados con la sangre contaminada. En Suiza y en Canadá han proliferado las investigaciones y propuestas para una reorganización drástica del suministro sanguíneo.

La necesidad de recapitular estos hechos tristes se debe a que el manejo de sangre segura no fue un logro fácil, ni siquiera en las naciones más ricas. Se consiguió luego de escándalos, recriminaciones, castigos, muertes de gente inocente, y una presión política muy grande. Cabe imaginar cuán difícil y doloroso será asegurar un suministro de sangre segura en países con recursos muy inferiores y gente menos capacitada ●

Tomado de *Safe blood in developing countries, the lessons from Uganda.* Rex Winsbury (Ed.) Traducción: Carlos Bonfil.

Programa de fortalecimiento de la prevención y control del VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual 1997-2000

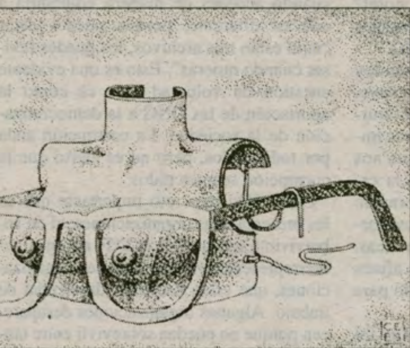
Como resultado de los avances científicos y tecnológicos de los últimos años, del proceso de descentralización y de reforma del Sector Salud, y ante la necesidad de reorientar y fortalecer acciones específicas para la prevención y el control del sida, la Secretaría de Salud (Ssa) elaboró, a través del Conasida, el Programa de fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH/sida y otras Enfermedades de Transmisión Sexual 1997-2000, el cual constituye el documento rector para organizar y coordinar las acciones que diversos sectores realizan en favor de la prevención y control de estas enfermedades y en el que participan para su cumplimiento de manera coordinada, todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud a nivel central y estatal. Dicho programa fue el resultado del consenso del Sector Salud, otras organizaciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONG) y de personas que viven con VIH/sida. El objetivo general del programa es disminuir la morbilidad y la mortalidad en el país ocasionadas por estas enfermedades. Los componentes básicos son:

a) Prevención de la transmisión sanguínea, sexual y perinatal del VIH, sífilis y gonorrea.

b) Reducción del impacto por VIH en individuos, grupos y sociedades.

c) Coordinación y unificación de esfuerzos nacionales contra el sida y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

La prevención de la transmisión es un componente fundamental del programa, en especial la que se transmite por vía sexual y perinatal, sin dejar de fortalecer y supervisar las medidas para evitar la transmisión sanguínea. En coordinación con la Secretaría de Educación Pública (Sep) se difundirá información para la prevención de la transmisión sexual a través de intervenciones educativas tempranas, reforzando la educación sexual, sobre VIH/sida y otras ETS. Para fortalecer la prevención de la transmisión perinatal y lograr que disminuya ésta, se promueve la detección del VIH en forma oportuna, voluntaria y confidencial en mujeres embarazadas. Se ha diseñado una campaña en medios masivos dirigida a adolescentes y a sus principales referentes padres y maestros y se promoverán campañas locales e intervenciones específicas que tomen en cuenta las necesidades, cultura y valores de cada comunidad.



La reducción del impacto en individuos, grupos y sociedades enfatiza la importancia de promover un marco de respeto a los derechos humanos de las personas que viven con VIH/sida y de sus familiares, por lo que el Sector Salud promoverá cursos de sensibilización y capacitación permanentes. Con el objetivo de mejorar la calidad de la atención, se difundirán en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud los lineamientos establecidos en la *Guía para la atención médica de pacientes con infección de VIH/sida en consulta externa y hospitales, 1997.* Se propone elaborar modelos para extender y mejorar la atención integral de las personas afectadas.

La coordinación y unificación de esfuerzos nacionales es fundamental para lograr los objetivos del Programa; para ello se integró el Grupo Técnico Interinstitucional que contribuirá al desarrollo de acciones de prevención, atención y vigilancia epidemiológica. Se incluirá de manera permanente la opinión de las ONG y de personas que viven con VIH/sida en la planificación y ejecución de las actividades. Para favorecer la descentralización se asesorará, capacitará y supervisará los programas estatales de prevención y control del VIH/sida.

En este Programa se enfatizan las acciones en torno de la población general y con prácticas de riesgo, resaltando la trascendencia de la educación como principal mecanismo de prevención, la capacitación permanente del personal de salud encargado de atender a los afectados por el VIH/sida y la promoción de un marco de respeto a los derechos humanos de los enfermos.

Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/sida en consulta externa y hospitales

Debido a la necesidad de capacitación continua y adecuada del personal de salud que atiende pacientes con VIH/sida, la Ssa, a través del Conasida y con el aval de todas las instituciones que conforman el Sector Salud, elaboró la tercera edición de la *Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/sida en Consulta Externa y Hospitales.* Esta Guía actualiza el importante capítulo del tratamiento específico de la infección por VIH, aborda los temas: mujer y sida, embarazo, sida, y otras ETS; incluye conceptos básicos sobre pruebas de laboratorio e infección por VIH, especialmente lo relacionado con la determinación de carga viral. Todo ello al tiempo que mantiene el uso de procedimientos en el abordaje diagnóstico de las manifestaciones clínicas de la enfermedad; asimismo, establece conceptos básicos de la relación médico-paciente ● (**Boletín Conasida/Ssa**)

Guillermo Soberón y el control de la sangre

LILIA RUBIO

Hasta hace exactamente un decenio, miles de mexicanos vendían su sangre en lugares como Puebla, Baja California, Tamaulipas, Jalisco, Morelos, Estado de México y Distrito Federal. Cuando en 1987 se confirmó que se habían infectado con sangre contaminada con el VIH, el entonces titular de la Secretaría de Salud (Ssa), Guillermo Soberón, promovió una reforma a la Ley General de Salud para proscribir la comercialización de la sangre en México.

He aquí una charla —diez años después— con el protagonista de tan controvertida como trascendental medida.

¿Cómo se fue gestando la reforma?

En primer lugar, debo decirle que en el sida, fue muy afortunado que poco después de identificado el primer caso en 1981, se contara con procedimientos para diagnósticos de infectados y no sólo de enfermos. Esto se debió a que en los setenta se había desarrollado una metodología para contender con los llamados retrovirus. Por tanto, en un par de años ya había métodos diagnósticos para conocer las vías de transmisión del virus y constatar que sólo hay tres: la sexual, la sanguínea, y la perinatal.

En el caso de transmisión por vía sanguínea, cabe hacer notar que cuando hubo medios para los diagnósticos, se hicieron los primeros estudios de prevalencia. Esto nos llevó a los llamados grupos de riesgo, como homosexuales, trabajadores de salud y donadores remunerados. La prevalencia del VIH era allí muy alta: 7 por ciento en los donadores. En Cuernavaca hallamos un laboratorio donde era de 14 por ciento. Por ende, decidimos que había que contender tajantemente con el problema. Fue por eso que proscribimos la comercialización de sangre.

No obstante, es menester recordar que la sangre es un insumo usado para el cuidado de la salud y para cirugías y, de la noche a la mañana, no era posible cancelar los bancos, porque íbamos a crear otro problema muy grande, pues no habría sangre suficiente para la demanda y, como sabemos, hay intervenciones que no se pueden posponer. Por consiguiente, hubo necesidad de establecer una estrategia para abrir en el país suficientes laboratorios con capacidad de diagnosticar la infección por VIH, pues necesitábamos poder conocer el impacto de la medida. En segundo lugar, fue necesario crear centros estatales de hemoterapia, a imagen del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, pero era preciso hacerlo en cada estado y eso costaba mucho dinero. Por ello tuvimos que esperar seis meses para preparar la infraestructura, a fin de que cuando implantáramos la reforma hubiera capacidad de respuesta. Por otra parte, fomentamos la donación altruista de sangre de personas no sometidas con frecuencia a ese procedimiento y, por lo tanto, con posibilidades mucho menores de infectarse.

Me parece que fue bastante largo y difícil. ¿Qué resistencias enfrentaron?

Fue necesario el cabildeo con el cuerpo legislativo, durante varios meses para que la iniciativa se entendiera y apoyara.

Por otra parte, desde el punto de vista comercial, los bancos que tuvieron que cesar su actividad, protestaron y ejercieron toda suerte de presiones alegando que la medida atentaba contra la libre empresa. Sin embargo, también los donadores se sentían afectados en sus intereses, porque era su *modus vivendi.* Aquellos que no estaban infectados decían que eso no era su problema, sino de otros y que nunca les tocaría. Hubo muchísimas manifestaciones de inconformidad, pero se pudo dialogar y convencer, si no a todos, sí a los más importantes y los demás tuvieron que comprender que era un beneficio para la sociedad. Al que estaba en medio camino, terminamos por convencerlo.

De hecho, México fue uno de los primeros países que lanzó ese tipo de iniciativa. Posteriormente fuimos requeridos por otras naciones para brindar información. Uno de mis subsecretarios fue a Brasil.



Por cuarto año consecutivo, más de un millar de personas participaron en la marcha "Camina Por la Vida 97" el pasado 27 de abril en la ciudad de Oaxaca.

¿Qué pasó con los infectados y qué impacto tuvo la reforma?

A las personas identificadas, se les brindó apoyo psicológico, indicando las características de su padecimiento y haciendo seguimiento a los que tendrían la manifestación. Cabe recordar que entonces ya existía Conasida. El impacto de la medida fue muy grande: la prevalencia de donadores remunerados quedó por debajo del 1 por ciento. Por otro lado, según estudios epidemiológicos, entre 1987 y 1994 se evitaron 4,500 casos de sida.

¿Se persiguió judicialmente a los bancos?

No había delito que perseguir, porque para los bancos no era una situación prevista, pues las primeras informaciones que tuvimos sobre prevalencia en México fueron hasta 1985. Antes de eso no conocíamos el conflicto, porque no teníamos datos. No habría intencionalidad por parte de los laboratorios, puesto que no se sabía que el virus andaba transitando. Por tanto, no se podía establecer ningún cargo. No obstante, todo ha cambiado, porque actualmente tiene que comprobarse que toda la sangre transfundida no tiene el virus. Además, a los frascos se les tiene que colocar una etiqueta. La ley persigue ahora la comercialización, y todo aquel que donde sangre y reciba un pago, esté o no infectado, está fuera de la ley. Desde luego, saber sí sucede o no, es de muy difícil confirmación ●

Periodista.

Recomendaciones para el cuidado de pacientes con sida

Atender en casa a un paciente con sida al que hay que asistir en tareas tan simples como asearse o ir al baño resulta un evento simplemente abrumador. Y a pesar de que el riesgo de infección es mínimo, persiste el miedo. Las siguientes líneas son algunas recomendaciones preventivas en el manejo de familiares con VIH/sida.

El paciente con sida no tiene porque ser aislado del resto de la familia, puede comer en el mismo plato, ir al mismo baño e incluso dormir en la misma cama (evitando las relaciones sexuales desprotegidas). Si el paciente tiene heridas o úlceras en la piel deben utilizarse guantes de plástico o látex para asearlo, también se recomienda su uso en el caso de que haya que utilizar pañales, los cuales deben colocarse en un recipiente al que se le añada cloro durante 30 minutos antes de desecharse, sobre todo si el paciente tiene diarrea. Si se utiliza material punzocortante (agujas u hojas de bisturí), éste debe ser desechado en un recipiente especialmente utilizado para este propósito, bien identificado con etiquetas, y de preferencia incinerarlo después. Debe evitarse en lo posible la maniobra de tapar las agujas, pues en este movimiento ocurre la mayor parte de los accidentes laborales. No es recomendable compartir objetos como rastrillos o cepillos de dientes por la probabilidad de infección, si existe sangre del paciente en dichos objetos.

Si se tiene contacto de piel sana con orina, excremento y sobre todo sangre del paciente, basta con lavarse con agua y jabón y después pasar por la parte afectada mertiolate que ya no se debe enjuagar. Aunque el riesgo de transmisión es sumamente bajo, debe consultarse al médico si existe contacto de sangre contaminada con ojos o con piel úlcerada o herida, también si existen picaduras o cortadas con material utilizado previamente con el paciente. Existen diversos esquemas de antivirales que se recomiendan en cada caso, la terapia dura un mes pero la elección de los medicamentos debe ser individualizada para cada situación; independientemente del esquema, ésta debe iniciarse no más de cuatro horas después de ocurrido el accidente ●

Médico internista adjunto a la clínica de sida del Hospital General de Zona Gabriel Mancera.

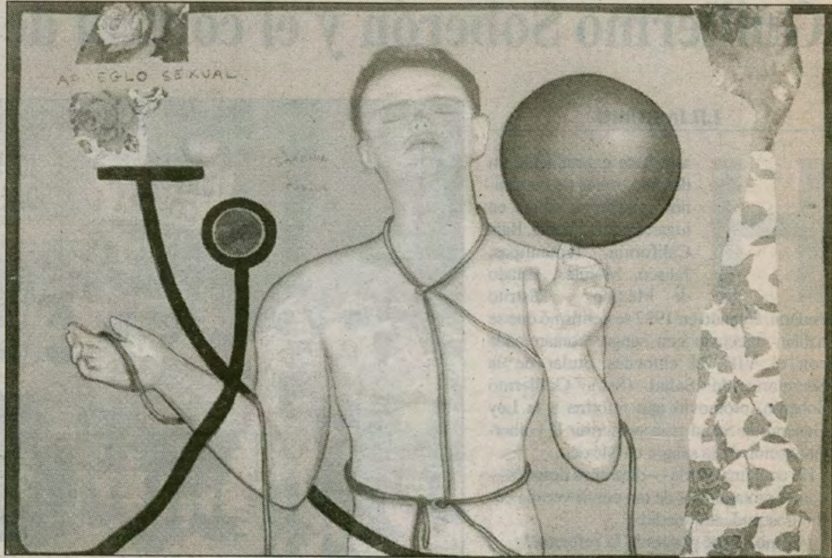


Uno de los mitos más comunes es que el sida se "contagia" por la picadura de un mosco. Esto es absolutamente falso. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es muy frágil y no sobrevive en el interior del cuerpo de un mosco; tampoco tiene el mosquito la capacidad de "trasladar" el VIH de un organismo a otro; el mosco chupa sangre, no la inocula. No se conoce ningún caso de una persona que haya contraído el virus por un piquete de mosco.
En cambio sí se conocen muchos casos de gente infectada por compartir jeringas contaminadas, recibir transfusiones de sangre no segura, o sufrir accidentes en el manejo de agujas y objetos punzocortantes contaminados.



No todos los accidentes con sangre contaminada son riesgosos. Cuando el clavadista Gregg Louganis, quien vive con VIH, se accidentó en las Olimpiadas de Barcelona, su colega mexicano Jesús Mena, lo auxilió sin correr ningún riesgo de infección, pues la piel sana (sin heridas), es impermeable al virus que causa el sida. Los accidentes que sí presentan riesgo pueden ser muy diversos, desde los pinchazos accidentales al aplicar inyecciones o perfusiones a pacientes con VIH, hasta la utilización de un instrumental no esterilizado al practicar intervenciones quirúrgicas, y el riesgo de infección varía de un caso a otro. El uso de guantes de látex cada vez que se presente una situación de riesgo potencial basta para prevenir este tipo de transmisión. Por ello, no hay motivo razonable para que cirujanos y personal de salud se nieguen a operar a personas con VIH/sida.

A partir de su experiencia como infectóloga, la doctora Patricia Volkow, analiza aquí los avances en el control de la infección del VIH por transmisión sanguínea desde que se prohibió en México el comercio de la sangre hace diez años, al mismo tiempo que señala el peligro que representa para la expansión mundial de la epidemia, el tráfico de plasma de los países en desarrollo a las naciones industrializadas



Julio Galán

Efectos de diez años de prohibición del comercio de la sangre en México

PATRICIA VOLKOW

Empecé mi práctica como infectóloga hace exactamente diez años. Era mayo de 1987 y se nos informó, en el hospital de Petróleos Mexicanos (PEMEX) donde yo trabajaba, que se prohibía toda forma de comercio de la sangre en México. Nunca pensé que esa fecha representara un parteaguas en la salud pública de México, con un saldo cuantificado en 2,099 casos de sida por transfusión sanguínea y en 363 casos de sida por donaciones remuneradas. Además los casos secundarios que no es posible cuantificar: perinatales y de parejas sexuales, sin contar el saldo incuantificable de dolor y sufrimiento en miles de familias mexicanas. En ese mismo mes me tocó diagnosticar a un hombre que había sido operado del corazón y estaba infectado con el virus que causa el sida. Ese fue el primer caso de sida por transfusión que veía. La lista de los pacientes que habían sido transfundidos en 1985 y 1986 fue creciendo en los siguientes meses y años, ante la incredulidad de algunas autoridades hospitalarias. Era evidente que algo había sucedido y el fenómeno requería una explicación, que poco a poco y a través de los años fue emergiendo.

¿Por qué se vieron tantos pacientes con sida por transfusión en PEMEX, que llegaron a representar en un momento dado el 60 por ciento de los casos con sida en el hospital donde yo trabajaba? Los casos por transfusión a nivel nacional representaron hasta el 18 por ciento del total notificado en 1989, proporcionalmente ocho veces mayor que el de Estados Unidos. La primera explicación es que en los servicios médicos de PEMEX, al menos una tercera parte de la sangre y del plasma utilizados provenía de bancos de sangre privados cuyos donantes eran en su mayoría pagados.

Casos de sida por transmisión sanguínea
Datos al 31 de Diciembre de 1996



Fuente: Registro Nacional de Casos de Sida

Los centros de plasmaféresis

Cuando se inició el escrutinio obligatorio de la sangre para el virus que causa el sida, en mayo de 1986, se encontró que entre los donadores pagados había de 10 a 100 veces más infectados por el VIH que entre los donadores familiares o voluntarios. No sólo esto, al seguir a un grupo de donadores se documentó cómo se infectaron en un periodo de seis meses casi el 50 por ciento de ellos. ¿Por qué se infectaron con el virus que causa el sida? A diferencia de los factores de riesgo para la transmisión del VIH, que se reportan en muchos otros países, se encontró que los donadores se infectaron en los llamados centros de plasmaféresis. Plasma es la fracción líquida de la sangre que se utiliza en la industria farmacéutica para producir varios productos: gammaglobulinas, factores de la coagulación para pacientes con hemofilia, algunas vacunas y muchos otros productos utilizados en la medicina moderna. En estos centros de plasmaféresis comercial se les extraía manualmente el plasma a los donadores que se destinaba principalmente para exportación a la industria fraccionadora. En el estudio mencionado anteriormente se encontró que mientras más veces por mes se sometían a la extracción del plasma, mayor era el riesgo de que resultaran infectados. Se documentó, por medio de entrevistas con donadores, que existían otras prácticas como inyectar a los donantes con jeringas de vidrio, frecuentemente compartidas, o reutilizar material desechable que probablemente desempeñaron un papel en la infección de las personas que acudían a vender su plasma en estos sitios. Estos donadores no sólo vendían plasma, sino también sangre hasta dos veces al mes. En 1986 la tercera parte de la sangre que se utilizaba en México provenía de estos donadores pagados. En algunas instituciones se consumía casi exclusivamente sangre de donadores familiares y en otras, por el contrario, se consumía principalmente sangre de donadores pagados. Esto explica por qué en algunos hospitales se vieron muchos más casos de sida por transfusión que en otros. Los centros de plasmaféresis comercial estaban situados en siete estados (Baja California, Chihuahua, Tamaulipas, Jalisco, Morelos, Puebla, Estado de México) y en el Distrito Federal. Esto produjo una regionalización de la epidemia; estos siete estados y el D.F. tienen el 43 por ciento de la población del país y en ellos se ha reportado el 75 por ciento de los casos en transfundidos, 90 por ciento de los casos en donadores remunerados, 67 por ciento del total de los casos y sólo el 62 de los casos en homo-bisexuales. Aunque comprenden la mayor parte de grandes urbes como la Ciudad de México, Guadalajara, Puebla, Toluca y Tijuana, otras como Monterrey, Hermosillo, Mérida y León no tenían centros de plasmaféresis comercial.

Tráfico de plasma: amenaza a la salud pública

Otra de las consecuencias de este fenómeno fue el paso del VIH de manera rápida y eficiente a las mujeres. ¿Por qué? Las principales causas de transfusión en México están relacionadas con partos, abortos, cesáreas y hemorragias del aparato reproductor femenino. La transfusión fue la principal causa de sida en mujeres hasta 1991, y aun hoy día, los casos por transfusión en mujeres representan el 43 por ciento del total de los casos informados (acumulados).

La prohibición del comercio de la sangre debe reconocerse como uno de los pasos más importantes dados hasta ahora en la prevención de esta enfermedad, logrado más que nada con decisión política. Esta legislación, así como toda la red de bancos de sangre fundados a raíz de la prohibición del comercio de la sangre, debe mantenerse y apoyarse para no perder el terreno ganado. Lo que en un principio parecía imposible de lograr y muy costoso económicamente, resultó factible y altamente beneficioso, la prevención de la transmisión del VIH a través de la sangre. Este es un logro que desgraciadamente hoy en día no ha sido alcanzado en muchos países en vías de desarrollo. Pocos países en el mundo tienen legislaciones semejantes a la nuestra, a pesar de que el fenómeno de plasmaféresis comercial es mucho más extendido de lo que se conoce y que los científicos estudiosos de la epidemiología del sida poco han tratado. De hecho, existen pocos reportes de brotes epidémicos de infección por el VIH en donadores de plasma en varios países como España, India y hace apenas dos años en China. El tráfico de plasma de países en vías de desarrollo a la industria fraccionadora del mismo, ha sido denunciado principalmente por periodistas. La comunidad científica poco se ha ocupado de este fenómeno que representa una amenaza a la salud pública internacional, como se ve a través de los reportes de brotes de infección por diferentes agentes (principalmente virus) transmitidos por productos industrializados del plasma en países desarrollados v.g. hepatitis A, parvovirus 19, hepatitis C en receptores de gammaglobulina intravenosa, albúmina y factores de coagulación para pacientes con hemofilia. La prevalencia de estas infecciones en donadores de países desarrollados es muy baja y sugiere fuertemente que al menos una parte de los productos derivados del plasma que se consumen en estos países están hechos con plasma de otras áreas geográficas. El control de organismos dedicados a la sanidad a nivel internacional del tráfico de plasma es limitado, la información no es pública ni hay acceso a ella. Tan solo tres países europeos importaron casi 2 millones de plasma en 1990, siendo confidencial el origen del mismo.

¿Por qué pensar que el plasma de la industria fraccionadora proviene de centros de plasmaféresis? Existen razones económicas y biológicas. La económica es que una unidad de plasma cuesta la décima o vigésima parte en los países en vías de desarrollo comparada con lo que cuesta en los países desarrollados. La biológica es que, por una parte, la cantidad de plasma que se obtiene de una donación por plasmaféresis es de dos a tres veces mayor que por una donación voluntaria de sangre; por la otra, las características del plasma que se obtienen por plasmaféresis lo hacen mucho más propicio para los fines de la industria fraccionadora. Por último, las características de los donantes en relación con la presencia o la prevalencia de ciertos anticuerpos (citomegalovirus, hepatitis B y otros) o prevalencia de portadores de infección asintomática por virus como hepatitis B para la producción de vacunas, es mucho más baja en los países desarrollados comparada con la de la mayor parte de los países en vías de desarrollo. La industria fraccionadora de plasma a nivel internacional está valuada en más de 400 millones de dólares de ventas anuales. Dos terceras partes de las ventas las hacen compañías norteamericanas y la mayor parte del consumo de estos productos se hacen en los Estados Unidos y en países europeos. Esta industria elabora productos muy caros, para una medicina de privilegiados, y utiliza en muchos casos materia prima de países pobres cuyos donantes pueden ver afectada su salud sin recibir ningún tipo de indemnización, a parte de la retribución económica por cada donación.

Sin ningún tipo de indemnización

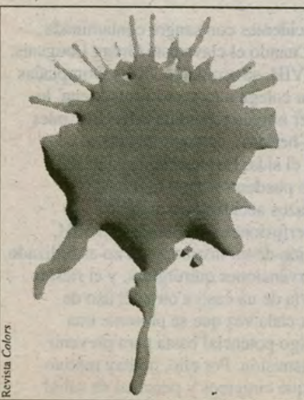
El fenómeno descrito en México no parece ser único. Pudiera haber ocurrido en otros lugares, pero lo hace único el hecho de que se haya documentado la epidemia en donadores, el impacto de ésta en el país y la legislación que prohibió el comercio de la sangre, acabando de tajo con la epidemia en donantes pagados y disminuyéndola en los receptores de transfusión. Queda al tiempo evaluar si esto sucedió en muchos otros países en diferentes momentos. Aunque es reconocido que existieron centros de plasmaféresis en Zaire y algunos otros países del centro de Africa y en Haití a finales de los setenta y principios de la década de los ochenta, no se ha investigado su posible papel en la diseminación del sida en estos lugares.

Desafortunadamente, la mayor parte de los pacientes con sida por transfusión en México han muerto, y murieron en silencio sin recibir ningún tipo de indemnización ni apoyo. Por el contrario, eran despedidos de su trabajo por estar infectados a pesar de que había sido en esta institución donde se les había transfundido la sangre contaminada. En algunos países desarrollados, como Francia y Canadá, se llegó a la denuncia y al escándalo público para lograr la indemnización de muchos de los enfermos y sus familias, pero en otros países, esto se logró sin necesidad de movilizaciones. En México casi puedo afirmar que nos sobrarían dedos de las manos si contáramos aquellos pacientes y familias que recibieron algún tipo de indemnización, no digamos justa, simplemente suficiente para afrontar los gastos que implica un tratamiento con los medicamentos usados contra el sida. Ni la sociedad civil, ni las instituciones involucradas hicieron nada para ayudar a las víctimas de esta tragedia. Aún quedan algunos pacientes con sida por transfusión, que necesitan medicamentos para aumentar su esperanza y mejorar su calidad de vida, lo que desgraciadamente sólo se logra con tratamientos que sabemos son muy costosos. Los que aún sobreviven merecen indemnizaciones justas, que les permitan seguir tratamientos considerados óptimos en la actualidad.


Julio Galán

Los donadores de plasma con sida no corrieron mejor suerte. Cuando se cerraron los centros de plasmaféresis, a muchos no se les informó que habían quedado infectados con el VIH, o al menos que corrían el riesgo de estarlo. Ni ellos ni sus familias recibieron ninguna forma de indemnización. Los donadores de plasma en los países en desarrollo representan una nueva y sutil forma de explotación. Son llevados, por las condiciones de pobreza extrema y la falta de oportunidades de trabajo, a vender su plasma o su sangre como una forma de obtener dinero para su subsistencia y la de sus familias. Ellos son la fuente de plasma, la materia prima de la industria fraccionadora, con la que se elaboran productos para consumo sólo de aquellos con recursos económicos, principalmente en los países desarrollados. La experiencia de México debería ser emulada por muchos otros países. Cuando el control sanitario sobre los centros de plasmaféresis no es factible, como sucede en muchos países en vías de desarrollo, la mejor opción es prohibirlos ●

Médico.


Revista *Colors*

Fluido vital, líquido sagrado, sustancia que ennoblece o contamina, la sangre siempre ha estado cargada de significados. Con el sida, los mitos y las falsedades relacionadas con la sangre se renuevan, alimentando otros temores. La sangre es uno de los vehículos transmisores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). De los fluidos corporales, la sangre contaminada es la que contiene mayor concentración del VIH. Cualquier contacto con sangre infectada puede ser peligroso, aunque por fortuna, fácil de evitar y prevenir.



Jon Feingersh/Revista *Colors*

La sangre también es un negocio. Los elementos que la componen (plaquetas, plasma, glóbulos) se venden por separado. En muchas partes del mundo, existen industrias que se dedican a este negocio. El tráfico de plasma funciona de un continente a otro. Miles de personas en los países pobres venden su sangre como medio de subsistencia. Muchos de ellos han sido infectados por el VIH en los establecimientos de ese tipo. En México, los bancos privados de sangre constituyeron una fuente importante de expansión de la epidemia. Por eso, en 1987 las autoridades prohibieron el comercio de la sangre y establecieron la obligatoriedad de realizar las pruebas de detección del VIH a toda la sangre donada. Con ello se evitaron miles de infecciones por este mecanismo.


CNTS

La sangre es uno de los medios por los que el VIH se introduce en el organismo humano. En México, los primeros casos de sida por transmisión sanguínea se registraron en 1985. A partir de esa fecha y hasta el mes de marzo de 1997, suman más de 3 mil las personas infectadas por esa vía. Los grupos de la población más afectados por la sangre contaminada son aquellos que recibieron transfusiones de sangre en los primeros años de la década de los ochenta, las personas que viven con hemofilia, y los hombres y las mujeres que donaban sangre y plasma a cambio de una retribución monetaria.


Argus

Una de las maneras más eficaces de transmitir el VIH es compartiendo jeringas contaminadas. Esto es frecuente en usuarios de drogas intravenosas. En México el total de transmisiones de este tipo es hasta la fecha de "sólo" 204 casos, sobre 30,653 registrados. El problema es sin embargo preocupante debido a su rápida expansión, sobre todo en algunos estados fronterizos. Sin campañas preventivas dirigidas a este sector de la población, y sin programas profilácticos de distribución de jeringas esterilizadas entre los usuarios, resulta difícil ver de qué manera podrá evitarse en México el agravamiento de esta situación.

Propuestas discográficas contra el sida

ALEJANDRO ACEVEDO

Entre los actos de beneficencia que desde hace décadas organiza el *pop*, destacan por su efectiva continuidad los discos que la compañía Red Hot edita para contribuir en la lucha contra el sida.

Fundada en el año de 1989 por el profesor universitario y crítico de arte John Carlin y el cineasta Leigh Blake, Red Hot Organization destina sus ganancias (aproximadamente 6 millones de dólares) a la investigación farmacéutica, el intercambio de jeringas nuevas por usadas entre toxicómanos, así como a la distribución de condones en grupos de alto riesgo.

"La idea de fundar esta organización —informa Carlin— se me ocurrió al ver que el número de jóvenes infectados seguía aumentando a pesar de las campañas preventivas tradicionales. Pensé entonces que utilizar los lenguajes del *pop* podría acarrear buenos resultados."

El primer esfuerzo del equipo de Carlin se materializó en el disco *Red Hot + Blues* (Chrysalis, 1990), del cual se vendieron, para sorpresa de los ejecutivos de la industria disquera, alrededor de un millón de copias, mismas que arrojaron una ganancia de 3 millones de dólares. En esta producción; homenaje al jazzista Cole Porter, participaron U2, Sinead O'Connor y Annie Lennox, entre otros artistas.

A *Red Hot + Blues* se sumaron *Red Hot + Dance* (Columbia, 1992), *No Alternative* (Arista, 1993) y *Red Hot + Country* (Mercury, 1994).

Refiriéndose a los dos siguientes discos de la organización (*Red Hot + Cool*, GRP, 1994 y *America is Dying Slowly*, Eastwest, 1994), en los que predomina el *rap*, género favorito de la juventud afroamericana, Carlin ha expresado: "el sector social que escucha *rap* es uno de los más golpeados por el sida, y quizá la única manera en que estos chicos van a usar condón es si estrellas como Coolio o MC Solar lo hacen".



Caetano Veloso es uno de los músicos que participan en el disco *Red Hot + Rio*

Una de las máximas preocupaciones de Red Hot ha sido mostrar con total transparencia el destino de las ganancias. "Respecto al dinero, hacemos lo que decimos", ha declarado Brian Hanna, productor y administrador de la organización. Cuando a propósito del reciente avance en el tratamiento del sida se le preguntó a Carlin sobre el futuro de Red Hot, éste respondió: "nos encantaría tener que cerrar por falta de trabajo".

Debido a la incuestionable integridad de esta empresa que destina a gastos de producción y administración sólo el 20 por ciento de su capital, algunos artistas se están involucrando directamente con Red Hot. Moby, el *discjockey* que se ha convertido en influyente estrella de *rock*, ha estado repartiendo personalmente jeringas nuevas entre los asistentes a los centros de toxicómanos en Nueva York. Hoy LIFEbeat, compañía que se ha especializado en conciertos a beneficio de seropositivos, está buscando colaborar con Red Hot en un futuro cercano.

Actualmente, la atención de John Carlin se está dirigiendo al tercer mundo americano. Las ganancias de *Red Hot + Rio* (Antilles, 1996) se dedicarán a menguar el efecto de la enfermedad en el país más afectado del continente: Brasil. George Michael, Astrud Gilberto, Stereolab, Everything but the Girl y Caetano Veloso, entro otros, se unen aquí para conformar este álbum en el que el bossanova se hermana con el tecno y la samba con el soul.

Concluimos esta reseña anunciando que en breve empezará a circular mundialmente *Red Hot + Latin*, el proyecto más reciente de la organización.

Red Hot + Rio, así como otros de los discos mencionados, pueden adquirirse en librerías como Gandhi o tiendas de discos como Mix-Up y Tower Records ●

Periodista.

Crónica sero

JOAQUIN HURTADO

¿Sabe usted, señor Castillo Peraza, cuántos guantes de látex se utilizan diariamente en nuestro país? ¿Ha investigado qué les sucede a esos desechos hospitalarios después de su utilización en cirugías y procedimientos de auscultación? ¿Por tener un destino tan infame debería desalentarse su utilización?

El utilizar esos objetos es obligatorio, por lo menos según las normas oficiales sobre higiene vigentes en nuestro país. Los mencionados guantes salvan miles de vidas. Los condones también. Aunque no lo quiera creer usted, señor candidato.

Si su texto no fuera tan ridículo, sería inadmisiblemente trágico. Para su conocimiento, señor Peraza, los condones no son sólo un producto comercializable y de uso suntuario como lo alega su ignorancia y sexofobia.

En mi caso son asunto de vida o muerte: tengo el virus del sida en mi sangre y semen desde hace ocho años, soy casado y mi esposa es seronegativa. Decenas de veces he tenido prácticas sexuales protegidas y ella sigue manteniendo su salud integral. Esa bolsita de látex (más biodegradable que el colorante artificial del papel sanitario que usted y casi todos los mexicanos utilizamos a diario) me auxilia para no reinfectarme con otros bichitos oportunistas y fatales.

Si usted puede prescindir del condón porque se cree ajeno al ominoso signo del VIH, yo no. Tengo la emperrada pero feliz costumbre de amar y ser amado. Con TODO lo que ello implica. ¿Entiende usted esto?

P.D. Suelo tirar los condones bien anudados al bote de basura, donde no le harán daño a nadie. Nunca se desechan en el drenaje, señor candidato, porque se puede tapar y entonces sí tendríamos graves broncas ecológicas. Y pase la voz.

SUSAN PICK Y MARTHA GIVANDAN

Yo quiero, yo puedo

Ed. ¿IDEAME?

El Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (Imifap) tiene ya varios años trabajando los temas de educación y sexualidad, entre otros, y el sida necesariamente se enmarca en ellos. Fruto de ese trabajo es la editorial Investigación, Desarrollo, Evaluación y Aplicación de Materiales Educativos, S.A. de C.V. (¿IDEAME?) que a la fecha ha publicado decenas de títulos.

Los libros *Yo quiero, yo puedo*, para los grados de 5° y 6° de primaria, constituyen un claro ejemplo de cómo pueden abordarse los temas relacionados con la sexualidad en el salón de clases sin trastocar los valores que cada niño ha aprendido en casa, pues tienen el mérito adicional de no pretender sustituir los actuales planes de estudios en ese nivel de enseñanza, sino de complementarlos.

Para llegar a esta propuesta pedagógica las autoras, Susan Pick y Martha Givandan, emprendieron antes diversas investigaciones psicosociales con padres de familia, maestros y niños mexicanos, lo cual le confiere autoridad a los textos. Estos, por cierto, forman parte de la serie Educación para la vida. Lejos de centrarse en el asunto de la sexualidad, los libros ayudan al profesor a formar hombres —en el sentido genérico— con capítulos o unidades que ubican al alumno en su contexto social.

En el libro para 5° grado, por ejemplo, se incluyen apartados como "Me conozco y me quiero", "Pertenezco a una comunidad", "¿En qué nos parecemos y en qué somos diferentes hombres y mujeres?" y "Me organizo y soy productivo", por mencionar algunos. Está enriquecido además con numerosas ilustraciones, ejercicios para realizar en clase, tareas para el hogar, preguntas para la reflexión y un glosario al final de cada unidad.

En la misma línea, y evidentemente más avanzado por el conocimiento acumulado que se supone adquirió el alumno, es el libro para el 6° grado. Varios de sus capítulos son continuación de los del nivel anterior. En la unidad sobre sexualidad se abordó primero la pubertad —con mayor espacio para la femenina en virtud de la importancia de la menstruación—, y en el libro siguiente el sida.

Destaca también en este libro el capítulo "Soy responsable", que contiene una *historia de caso* para que los escolares aprendan o ayuden a resolver problemas familiares. Otros temas son "Expreso mis sentimientos", "Observo, escucho, me comunico", "Crezco y dejo crecer" y "Me alimento sanamente", entre varios más. (**Antonio Contreras**) ●

Defender el derecho a la justicia erótica

A Lupita Musalem, recordándola con cariño

ANA AMUCHASTEGUI H. / MARTA RIVAS Z.

Las que estamos casadas por la Iglesia y por lo civil... y el hombre le es a uno infiel. Ellos creen que tienen derecho a seguir y a hacer lo que quieran y que uno acepte. Yo no: Yo no sé qué enfermedades me vaya a traer de afuera, y ¿por qué voy a decir que ahí estoy? Es mi derecho y decisión decir no. 'Primero báñate y a ver de dónde vienes y luego vemos'.

Ama de casa de la colonia Santo Domingo, D.F.

Estamos acostumbrados a pensar, sentir y actuar lo sexual en la intimidad de nuestras alcobas y en el secreto de los rincones oscuros. Hemos aprendido a silenciar y ocultar muchos de nuestro deseos, fantasías y sensaciones y, sobre todo, a considerarlas como un asunto privado. No vivimos nuestra sexualidad como un asunto público. Con ello no nos referimos a divulgar en detalle nuestros placeres más íntimos, sino a considerar a lo sexual como un derecho, como una actividad saludable y positiva que requiere del resguardo y apoyo de instituciones públicas y de condiciones materiales, sociales y culturales que permitan su ejercicio pleno y satisfactorio.



Joanic Schwars

Los derechos reproductivos

En los últimos años se ha suscitado, nacional e internacionalmente un gran debate sobre la importancia de legislar y proteger los derechos reproductivos de todos los ciudadanos y de considerarlos otro más de los derechos humanos. Como resultado de un complejo proceso de negociación entre gobiernos y organizaciones no gubernamentales, los documentos finales de las conferencias de El Cairo (1994) y de Beijing (1995) incorporaron, por primera vez en cualquier instrumento legal internacional, la noción de "salud sexual" como uno de los derechos que los programas nacionales de población y desarrollo deben proteger.

Sería interesante conocer, sin embargo, si los ciudadanos mexicanos sabemos que, en efecto, nuestras leyes incluyen tales derechos reproductivos. Tal vez descubriríamos que la gran mayoría de nosotros desconocemos que se encuentran consagrados en el Artículo 4° de la Constitución, que estableció, a partir de 1971, el derecho de toda persona a decidir libre, responsable e informadamente acerca del número y espaciamiento de los hijos.

Un contexto de igualdad

Sabemos de sobra que la legislación no basta para permitir a los ciudadanos ejercer sus derechos, pues hace falta la construcción de un contexto de igualdad de oportunidades y de confianza en las instituciones de justicia. ¿De qué sirve saber que tenemos derecho a decidir sobre nuestro propio cuerpo mientras no tengamos acceso a información sexual y reproductiva oportuna y completa, a servicios médicos de calidad, a métodos anticonceptivos y al aborto en condiciones seguras? El ejercicio de la reproducción sólo es posible en un ámbito de libertad para el ejercicio de la sexualidad, y ello implica la transformación de ciertas estructuras sociales que la limitan, como la desigualdad sexual y las construcciones culturales que condenan y silencian el placer sexual.

Con el fin de conocer si algunas mujeres tienen o están construyendo un sentido de apropiación[1] de sus derechos reproductivos, un grupo de investigadoras mexicanas[2] realizó un estudio con mujeres pertenecientes a diversas organizaciones sociales de Oaxaca, Sonora y el Distrito Federal, acerca de las formas en que ellas construyen —o no— su autodeterminación como sujetos de derecho, y en especial de derechos reproductivos.

El control de su propia fecundidad fue el aspecto que las mujeres identificaron más enfáticamente como su derecho. Alicia, una mujer capitalina de 41 años, afirma:

"Yo creo que la decisión siempre es de las mujeres... En mi caso, yo decidí. Cuando tuve al segundo hijo fui al Departamento de Planificación Familiar y pedí anticonceptivos. Mi marido se enojó, pero le dije que no me importaba porque no quería quedar embarazada. Más tarde les pedí que me quitaran el DIU y tuve un tercer hijo y decidí que ya era bastante. Así que fui y pedí que me operaran. Mi marido se enojó otra vez."

El deseo opuesto, o sea, el de convertirse en madre, fue expresado por Pilar, a quien su esposo le pidió que se practicara un aborto durante su primer embarazo:

"¿Por qué voy a abortar? Y mi marido contestó: 'porque ese niño no es mío'... bueno 'y ¿qué importa, no?' y dice él 'no voy a mantener a un hijo que no sea mío'... (pero) yo ya lo quería. Algo mío, yo creo, algo mío, lo voy a querer, lo voy a tener, lo voy a apapachar... no lo voy a abortar."

La ignorancia, resultado del silencio

Este sentido de apropiación no fue expresado con la misma claridad respecto a la sexualidad, especialmente entre las mujeres de áreas rurales. La ignorancia del tema, como resultado del silencio dentro de las familias y del difícil acceso a otras fuentes de información, fue una de las principales situaciones que impidieron a las mujeres afirmar sus necesidades y deseos sexuales. Un ejemplo dramático de las consecuencias de esta falta de conocimiento lo ofrece Pilar, en la Ciudad de México, cuando narra los sucesos que rodearon a su primera menstruación:

"En una ocasión yo vi que una muchacha llevaba sangre en los pies y dijeron que la habían violado, o sea, que un hombre había abusado de ella. Yo no sabía cómo abusaban de ella, o sea, yo no me imaginaba que introducían el miembro ni nada de eso. Entonces, *cuando me bajó* yo me puse a llorar y llegó mi hermana y me dijo que qué me pasaba y yo decía que me habían violado. Y que me empiezan a pegar y me dicen que quién, y yo les decía que nadie. Y entonces, me dicen '¿cómo te violaron?' Es que no sé, me está saliendo sangre, pero no me dijeron que tenía riesgo de embarazarme, no me dijeron muchas cosas."

De todas las áreas relacionadas con la reproducción, es en la sexualidad donde estas mujeres no han logrado autorizar del todo sus necesidades ni su derecho a ejercerla positiva o negativamente. Solamente algunas mujeres de Sonora se expresaron con mayor apertura sobre este tema, probablemente por su mayor acceso a cierta información sobre el tema. Olga nos cuenta sus planes de matrimonio y su experiencia:

"Yo ya tenía 27 años. Yo ya sabía por las experiencias de mis amigas... oyes cosas, o has leído acerca de eso (el sexo), así que ya sabes a lo que vas, ya no eres tan ingenua."

Madres con derecho a la autodeterminación

Entre las entrevistadas de este estudio, el proceso de apropiación de sus derechos reproductivos parece estarse logrando gracias a tres formas interrelacionadas de experiencia. Primero, a su participación en grupos sociales, los cuales se han convertido en espacios en los que pueden intercambiar estrategias sobre la negociación de sus derechos, específicamente en lo que se refiere a la sexualidad y la reproducción. Segundo, gracias a la validación de su sentido de integridad corporal y de autodeterminación que consideran que la maternidad les otorga, se sitúan a sí mismas como "madres con derecho a la autodeterminación", y tercero, al apoyo que encuentran en las campañas oficiales de planificación familiar para legitimar su derecho a controlar su fecundidad, aunque estos programas no siempre satisfagan sus necesidades o respeten plenamente sus derechos en cuanto a anticoncepción.

La investigación arrojó datos significativos en cuanto a que la construcción de la ciudadanía sobre derechos reproductivos pasa necesariamente por la transformación de diversos órdenes de la vida social, desde las relaciones de género hasta la eficacia de las instituciones de salud y de impartición de justicia. Lo que es necesario enfatizar incesantemente, es que una condición fundamental para la decisión libre sobre la propia reproducción es precisamente la posibilidad de una salud sexual y del ejercicio de los derechos sexuales. Compartimos aquí una propuesta de Sonia Correa[3]: busquemos instaurar la noción de justicia erótica como uno de los derechos fundamentales del ser humano ●

Profesoras investigadoras en el Departamento de Educación y Comunicación de la UAM-X.

1 Definimos aquí "sentido de apropiación" como el proceso de reconocimiento de lo que es justo tener y a lo que es justo acceder como personas en una sociedad.

2 El material presentado aquí proviene de la investigación realizada por las autoras, integrantes del Grupo Mexicano de Investigación y Acción sobre Derechos Reproductivos, coordinado por Adriana Ortiz Ortega y con la colaboración de Guadalupe Musalem e Irma Henze.

3 Correa, S. 1996. "Salud reproductiva, género y sexualidad". Ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad. Programa Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México.

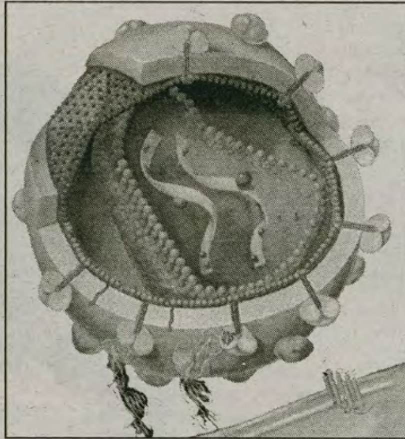
Agradecemos a la
Fundación Levi Strauss
el estímulo brindado para elaborar esta sección

Resistencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana a Inhibidores de Proteasa

LUIS ENRIQUE SOTO RAMIREZ

El tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha sufrido un cambio considerable en el último año y medio gracias a la aparición de nuevos medicamentos, entre los que destacan los inhibidores de la proteasa. Lo que hace marcadamente diferente a los inhibidores de proteasa, especialmente si se comparan con los que hasta antes de su aparición eran ampliamente utilizados (AZT, ddI, ddC), es su gran potencia como inhibidores de la replicación viral. Tan grande fue la expectación de la introducción de los inhibidores de proteasa, por la ansiada espera de un medicamento antiviral de gran potencia, que fue poca la atención que se le dio a varios aspectos en forma inicial tal y como a sus múltiples interacciones medicamentosas, y especialmente al desarrollo de resistencia, la cual puede limitar importantemente su uso. Esta historia parece una repetición de lo ocurrido con los antimicrobianos en la cual, tras la aparición de medicamentos altamente potentes, se ha observado el desarrollo de resistencia, efecto que a su vez ha ocasionado la necesidad de crear nuevas y mejores opciones terapéuticas. La diferencia es que estas nuevas opciones en VIH pueden tardar un tiempo considerable y por lo tanto debemos cuidar mucho el desarrollo de resistencia. Así, es necesario que utilicemos lo que ya hemos aprendido, primero de resistencia a análogos nucleósidos, y lo que inicialmente se ha encontrado en relación con los inhibidores de proteasa, para optimar el uso de estos últimos y prolongar su tiempo de vida terapéutica efectiva.

Jeff Fisher



Revista Science

La resistencia a medicamentos antirretrovirales se define como el aumento en la capacidad de replicación viral en presencia del medicamento usado, es decir, la pérdida del efecto supresor inicialmente alcanzado. La resistencia en VIH se ha denominado con dos términos con significados diferentes. Resistencia fenotípica es aquella que evalúa el crecimiento del virus en presencia de diferentes concentraciones de medicamento y es muy similar a las pruebas de susceptibilidad que se realizan para bacterias. Se considera que un virus es resistente desde el punto de vista fenotípico cuando pierde cuatro o más veces la susceptibilidad que tenía antes de iniciar el tratamiento, y se considera alta resistencia cuando la pérdida es mayor de 100 veces. Es importante mencionar que para la realización del ensayo de resistencia fenotípica es necesario cultivar al VIH de los linfocitos del paciente, por lo cual esta prueba puede estar influenciada por los virus seleccionados en cultivo que no necesariamente son los más representativos del individuo infectado. Por otra parte, la resistencia genotípica se refiere a la detección de cambios (mutaciones) en el gene blanco del medicamento usado (transcriptasa reversa o proteasa) que se asocian a resistencia. La detección de estas mutaciones, sin embargo, no necesariamente implican desarrollo de resistencia en ausencia de un ensayo fenotípico, aun cuando son altamente sugestivos.

De cualquier manera que sea medida, la resistencia es, junto con los efectos tóxicos indeseables y las interacciones medicamentosas, una de las grandes limitantes en el uso de los medicamentos antirretrovirales. En cuanto a su significado clínico, es claro que el desarrollo de resistencia se asocia tanto en niños como en adultos con la progresión de la enfermedad, quedando sin embargo por dilucidar si en el evento de falla terapéutica es la única causa o es parte de una constelación de diferentes factores. Esta última opción es la más viable en vista del fenómeno denominado resistencia no medible, es decir, una falla en el tratamiento tanto clínico como por la carga viral que no está en relación con la resistencia genotípica o fenotípica. Este fenómeno pudiera deberse a métodos de medición deficientes (de poca sensibilidad) o a fenómenos poco entendidos como resistencia celular, mutaciones no conocidas y cambios asociados a la cantidad de expresión de enzimas, como ocurre con la proteasa durante el uso de inhibidores de la misma. Por otra parte, existen situaciones en las que a pesar de la presencia de virus resistentes, el efecto antiviral persiste. Esto puede deberse a que las concentraciones plasmáticas del medicamento son mayores que las que inhiben a cepas consideradas resistentes en el laboratorio (como ocurre con nevirapina), o que la capacidad de replicación de los virus resistentes es pobre (3TC) o que la combinación de dos medicamentos produce resistencia a uno pero bloquea la resistencia al otro, como es el caso de la combinación de 3TC y AZT, en que la resistencia a 3TC bloquea la aparición de mutantes resistentes al AZT. Esto, sin embargo, tendría como consecuencia final que el tratamiento trabajara como una monoterapia con AZT.

Resistencia a AZT

Poco después del inicio del tratamiento antiviral con retrovir (AZT) fue evidente que después de un año en promedio, el efecto positivo en los pacientes disminuía paulatinamente. Pronto se descubriría que esto se debía al desarrollo de resistencia del VIH a dicho medicamento. Varias características se asociaron al desarrollo de esta resistencia. La primera y más importante es la relación entre el inicio del tratamiento y el avance de la enfermedad. Entre más avanzado estuviera el proceso infeccioso, tanto desde el punto de vista clínico como laboratorial, más fácil se desarrollaba resistencia. Por otra parte se encontró que esta resistencia se debía a cambios puntuales (mutaciones) en la secuencia de la enzima transcriptasa reversa, que es el blanco de acción del AZT. Estos cambios, que aparecían tan temprano como seis meses después de iniciado el tratamiento, eran progresivos, es decir, inicialmente se presentaba resistencia con la aparición de una sola mutación para después incrementarse esta resistencia (alta resistencia) al sumarse hasta cinco mutaciones claramente identificadas en la enzima mencionada. Un aspecto interesante es que si bien los virus con una o dos mutaciones se replicaban más lentamente que aquellos sin mutaciones en las cinco posiciones mencionadas, al acumularse más mutaciones la capacidad replicativa del virus se incrementaba considerablemente hasta ser semejante a la capacidad de replicación encontrada antes del inicio del tratamiento, con la concomitante falla de éste y la progresión de la enfermedad. Tratando de encontrar una explicación a estos fenómenos, al conocerse más acerca de la replicación viral y en general de la forma en que la infección por VIH se desarrolla en un organismo, se encontró que la enzima que replica al virus (es decir, hace copia de su material genético) denominada transcriptasa reversa, es defectuosa y origina la producción de múltiples defectos (mutaciones), entre las que se encontraban aquellas asociadas a resistencia. A un promedio de 10 mil mutaciones nuevas por ciclo viral en un organismo, al paso del tiempo y entre más avanzada es la infección, existen más mutantes y por lo tanto se incrementa la posibilidad de que aparezcan aquellas relacionadas con la resistencia (hasta 100 mutaciones por día) y por ello el desarrollo de resistencia es más frecuente en etapas avanzadas de la infección. Sin importar la etapa de la infección, el uso de un medicamento cuya potencia no es suficiente para bloquear por completo la replicación viral origina la selección de variantes resistentes que se hacen aún más resistentes al seguirse replicando y acumulando mutaciones.

Otro aspecto de gran importancia, que surgió tras el uso de AZT y otros análogos nucleósidos, fue el de resistencia cruzada; es decir, las mutaciones que se producen bajo la selección de un tratamiento disminuyen también la efectividad de otro medicamento que pretendiera utilizarse subsecuentemente.

Tomando en cuenta todos estos hallazgos, se ha propuesto que el tratamiento debe de iniciarse temprano y ser lo más agresivo posible (en cuanto a supresión de la replicación viral), con objeto de evitar que el virus tenga más ciclos de replicación y que aparezcan variantes virales mas agresivas y desde luego más resistentes. Este acercamiento tiene asimismo la ventaja de limitar la destrucción y el deterioro del sistema inmune. Es claro que el uso de monoterapia, incluso con inhibidores de proteasa, no es lo suficientemente potente para suprimir la replicación viral y lograr los objetivos arriba mencionados. Sólo esquemas múltiples con blancos diferentes (la transcriptasa reversa y la proteasa) aparentemente pueden lograr este efecto, aunque se desconoce durante cuánto tiempo pueda mantenerse.

Resistencia a Inhibidores de Proteasa

Desde mediados de 1996 se encuentran disponibles en México los inhibidores de proteasa, saquinavir (Invirase), ritonavir (Norvir) e indinavir (Crixiván), y próximamente se dispondrá de nelfinavir. Estos medicamentos inhiben la proteasa, una enzima cuya tarea es la de romper en segmentos funcionales todas las proteínas virales que fueron producidas por la célula infectada en grandes segmentos. Al ser inhibida la proteasa, se producen viriones defectuosos que no son infectantes al no tener proteínas estructurales funcionales.

El uso de inhibidores de proteasa ha mostrado características especiales en cuanto al desarrollo de resistencia, algunas muy similares a lo descrito para AZT. La resistencia de estos medicamentos se desarrolla rápidamente cuando se utilizan como monoterapia o en terapia doble o incluso en un esquema triple que no es potentemente supresor de la replicación viral. Asimismo, las dosis inadecuadas, por debajo de las recomendadas, se asocian con el desarrollo de resistencia. Recientemente se ha reportado que cuando los inhibidores de la proteasa son utilizados aun en esquemas triples pero en pacientes con infecciones por VIH en estadios avanzados, la respuesta es mucho menos satisfactoria que en aquellos casos en que se utilizan más tempranamente, lo cual muy probablemente está relacionado con el desarrollo de resistencia. La resistencia a los inhibidores de proteasa en la mayor parte de los casos se desarrolla en forma secuencial con la aparición de varias mutaciones (dos o más), las cuales producen una unión defectuosa o temporalmente corta del medicamento a la proteasa, impidiendo el bloqueo de dicha enzima. Al igual que lo visto con el AZT, la adición de mutaciones mejora la capacidad replicativa de los virus. En el caso particular de los inhibidores de proteasa las mutaciones compensatorias fuera del gene de esta enzima, en la región viral codificadora de las proteínas de la nucleocápside viral (centro o núcleo viral —gag—), incrementan mucho la replicación viral. Estas mutaciones aparecen desde luego bajo un proceso de selección con el uso de inhibidores de proteasa; sin embargo, se ha visto que hasta 26 por ciento de los individuos infectados por VIH pueden presentar mutaciones asociadas a resistencia incluso previo al inicio del medicamento.

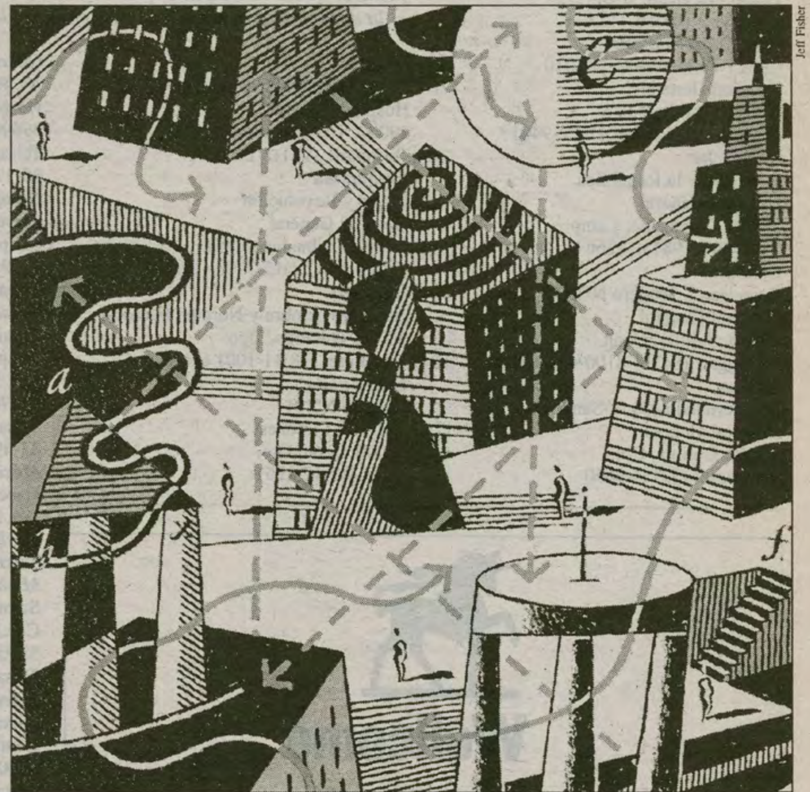
Es evidente que cuando los esquemas de tratamiento con inhibidores de proteasa no son ampliamente supresores de la replicación viral, ya sea por dosis inadecuada, intoleranciá, inicio tardío o apego inadecuado (días de descanso), la resistencia a estos medicamentos se desarrolla paulatinamente. Por otra parte, cuando la carga viral se lleva a niveles no detectables por periodos prolongados con un potente tratamiento combinado, no es posible detectar mutantes resistentes. e incluso los virus que se llegan a encontrar en esos pacientes en forma de provirus (en linfocitos) a nivel de ganglios linfáticos, no llevan mutaciones de alta resistencia y son semejantes a los virus aislados antes del inicio de tratamiento.

En vista de que un grupo de pacientes por las razones anteriormente mencionadas, fallan al tratamiento combinado, debe de pensarse que en algún momento se puede requerir el cambio de uno a otro de los inhibidores de proteasa. Es en este contexto donde cobra importancia radical el desarrollo de resistencia cruzada. Se ha visto que indinavir (Crixiván) y ritonavir (Norvir) tienen un patrón muy similar de mutaciones asociadas a resistencia, encontrándose que las mutaciones de mayor peso son comunes a ambos medicamentos, lo que origina resistencia cruzada en 100 por ciento de los casos. Ante esto, no podrá cambiarse de uno a otro de estos medicamentos sin esperar que exista una falla rápida en la respuesta clínica y laboratorial. Además, aunque saquinavir (Invirase) presenta mutaciones comunes con los otros dos inhibidores de proteasa, las dos mutaciones predominantes no se encuentran muy presentes en los otros dos medicamentos. Por otra parte, aun cuando hasta 57 por ciento de los virus resistentes a saquinavir (Invirase) muestran resistencia cruzada a indinavir (Crixiván) esta resistencia es baja (cuatro veces por arriba de la basal). Nelfinavir tiene, de acuerdo con los primeros estudios, resistencia principalmente asociada a una sola mutación que no está presente con el uso de otros inhibidores de proteasa, por lo que se presume que no hay resistencia cruzada. Sin embargo, algunos reportes recientes contradicen estos resultados iniciales. De cualquier manera, de acuerdo con estos conceptos de resistencia cruzada, se ha recomendado el uso inicial de saquinavir (Invirase) o nelfinavir pensando que en caso de una posible falla terapéutica existe la opción de uso subsecuente de otro inhibidor de proteasa. Es importante considerar que esto no se ha demostrado claramente en un ensayo clínico. Se encuentra en este momento en desarrollo un estudio con terapia subsecuente de indinavir (Crixiván) en pacientes con más de un año de uso de saquinavir (Invirase).

Aun cuando poco se conoce del desarrollo de resistencia en esquemas con doble inhibidor de proteasa, se recomienda no utilizar medicamentos que compartan un patrón similar de resistencia genotípica como ritonavir (Norvir) e indinavir (Crixiván).

Como prevenir la resistencia?

De acuerdo con los hallazgos de resistencia descritos hasta el momento y con objeto únicamente de bloquearla o limitarla, se recomienda lo siguiente en el uso de antirretrovirales: a) iniciar un tratamiento temprano y agresivo de preferencia con un esquema triple, con el fin de limitar la diversidad genética y, desde luego, la aparición de mutantes resistentes; b) evitar tratamientos no supresivos que favorezcan la selección de mutantes tal y como ocurre con la monoterapia; c) evitar el uso en esquemas no supresivos, de medicamentos que desarrollan resistencia con una sola mutación como son 3TC, nevirapina; d) utilizar terapia convergente, es decir, tratando de bloquear dos blancos diferentes como la transcriptasa reversa y la proteasa (Recientemente el uso de medicamentos con un blanco celular como hidroxiurea ofrecen una opción más.); e) combinar medicamentos que no tengan patrones similares de resistencia; f) usar de preferencia medicamentos que no han sido utilizados previamente por el paciente. El antecedente de uso de un medicamento favorece la aparición de mutantes resistentes que emergen rápidamente al volverse a usar dicho medicamento; g) evitar terapias intermitentes; h) estimular el apego al tratamiento específicamente evitando disminución de dosis y supresión de algunas tomas; i) no realizar cambios en el tratamiento de acuerdo con ensayos de resistencia, y j) considerar los hallazgos de resistencia cruzada al momento de elegir el esquema inicial de tratamiento ●



Jeff Fisher

Investigador Titular.
Departamento de Infectología.
Instituto Nacional de Nutrición
Salvador Zubirán.

Para servirle a usted

Centros de Transfusión Sanguínea y Líneas de Sangre

La necesidad de poder contar de manera oportuna con sangre de buena calidad y en cantidad suficiente, para quienes podamos requerirla por cuestiones quirúrgicas, hemofílicas, o por siniestros, es la razón por la cual ofrecemos un directorio de los Centros de Transfusión Sanguínea en el país. Estos centros regulan el manejo de la sangre en México, vigilan la actualización y aplicación de la legislación en la materia, promueven la donación altruista de este tejido humano, y cuentan con bancos de sangre regionales para apoyar a establecimientos que sin disponer de bancos propios, ofrecen el servicio de transfusión. Las líneas de ***Telsangre*** *proporcionan información sobre la donación altruista y las medidas para garantizar sangre segura (autotransfusión, autoexclusión y combate de la anemia en mujeres y niños), y también para la obtención de sangre en sus propios bancos o en otros del Sistema Nacional de Salud. Los servicios son gratuitos. Según la Ley General de Salud. T. XIV. Cap. II. Art. 332, la sangre no se puede comercializar en México. Desde este espacio queremos invitar a nuestros lectores a colaborar en la donación altruista de sangre y en la vigilancia de transfusiones seguras.*

Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea
CNTS
Goya N°35
Col. Insurgentes Mixcoac
03920, México, D.F.
Telsangre: 598-2752 • 598-9272
Funciona las 24 hrs. los 365 días del año.

Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea
CETS

Aguascalientes
Margil de Jesús N°1501 esq. Acacias
Fracc. Las Arboledas
20020, Aguascalientes, Ags.
Telsangre: (49)14-6836 • 14-6514

Baja California
Av. Hospital General s/n
Centro Cívico y Comercial
Hospital General
21000, Mexicali, B.C.
Telsangre: (65)56-1123

Baja California Sur
Calle Nicolás Bravo N°1010
Hospital General
23000, La Paz, B.C.S
Telsangre: (112)5-4011 • 2-9401

Campeche
P. Trueba y la República
Hospital General
24000, Campeche, Camp.
Telsangre: (981)1-2266

Coahuila
Francisco I. Madero N°1345
Hospital General
25000, Saltillo, Coah.
Telsangre: (84)14-8100 • 14-8203 ext. 26

Colima
San Fernando esq. I. Sandoval
Hospital General
28040, Colima, Col.
Telsangre: (331)4-9660

Chiapas
9ª Sur Oriente y Central s/n
Hospital General
29000, Tuxtla Gutiérrez, Chis.
Telsangre: (961)2-1440

Chihuahua
Colón y Revolución
Hospital General
31000, Chihuahua, Chih.
Telsangre: (14)15-7708 • 16-3417

Durango
20 de Noviembre y Norman Fuentes
34000, Durango, Dgo.
Telsangre: (18)11-1001 ext. 6

Guanajuato
Naranjo N°101
Col. Los Limones
37000, León, Gto.
Tels.: (47)12-2251

Guerrero
Av. Ruiz Cortinez N°128
Hospital General
39690, Acapulco, Gro.
Telsangre: (74)85-1996
85-1730 ext. 39

Hidalgo
Carretera Pachuca-Tulancingo s/n
Hospital General
42095, Pachuca, Hgo.
Telsangre: (771)3-3395

Jalisco
Ziquipan N°1050
Hospital General
Col. Seastle
45170, Zapopan, Jal.
Telsangre: (3)56-4608
33-4946 • 33-4893

México
Isabel la Católica N°308
esq. Lerdo
50070, Toluca, Méx.
Telsangre: (72)14-9053

Michoacán
Samuel Ramos y Gertrudris Bocanegra
Col. Centro
58000, Morelia, Mich.
Telsangre: (43)12-0267

Morelos
Alvaro Obregón N°105
Centro
62000, Cuernavaca, Mor.
Telsangre: (73)18-5334 ext. 126

Nayarit
Calz. De la Cruz y Paseo de la Loma
Hospital General
63000, Tepic, Nay.
Telsangre: (321)3-4127 • 3-7937

Nuevo León
López Mateos y Nogalar
Hospital Metropolitano
46490, San Nicolás de Los Garza, N.L.
Telsangre: (8)50-1333 • 50 1525 al 28

Oaxaca
Calzada Porfirio Díaz N°400
Col. Reforma
68060, Oaxaca, Oax.
Telsangre: (951)3-4222 • 5-3200 • 6-8050

Puebla
15 Sur y 5 Poniente N°1322
72000, Puebla, Pue.
Telsangre: (22)42-5127

Querétaro
Av. 5 de Febrero N°101
Hospital General
76170, Querétaro, Qro.
Telsangre: (42)16-9544

Quintana Roo
Av. Andrés Quintana Roo N°399
77010, Chetumal, Q. Roo
Telsangre: (983)2-5644

San Luis Potosí
Av. 5 de Mayo N°1485-A
Col. Centro
78000, San Luis Potosí, S.L.P.
Telsangre: (48)15-3399

Sinaloa
Av. Américas Ferrocarril s/n
Hospital General
Col. Santa Elena
82160, Mazatlán, Sin.
Telsangre: (69)84-0262 • 84-0201

Sonora
Gándara y Michoacán
Col. Olivares
83000, Hermosillo, Son.
Telsangre: (62)16-1297

Tabasco
Gregorio Méndez N°2838
Col. Atasta de Serra
86100, Villahermosa, Tab.
Telsangre: (93)51-1131

Tamaulipas
Av. Ejército Mexicano N°1403
Hospital Canseco
89130, Tampico, Tamps.
Telsangre: (12)13-2035 • 13-1255

Tlaxcala
Josefa Catelar s/n
Hospital General
90000, Tlaxcala, Tlax.
Telsangre: (246)62-7909

Veracruz
20 de Noviembre N°1074
91700, Veracruz, Ver.
Telsangre: (29)31-7222

Yucatán
Itzaez y J. Canek
Hospital O'Horan
97000, Mérida, Yuc.
Telsangre: (99)23-8767

Zacatecas
Paseo Francisco García Salinas s/n
Hospital General Col. Arboledas
98600, Zacatecas, Zac.
Telsangre: (492)3-4035

Cambio de domicilio de ONG

Aguascalientes
FALCONS
Fundación Aguascalentense de Lucha Contra el Sida, A.C.
Aguacate N°108
Fracc. Poniente
20210, Aguascalientes, Ags.
Tel./Fax: (49)16-3498
Correspondencia: Apdo. postal N°771-1
Zona Centro
20000, Aguascalientes, Ags.

Michoacán
MUSS
Michoacanos por la Salud y Contra el Sida, A.C.
Ignacio López Rayón N°578
Centro
58000, Morelia , Mich.
Tel./Fax: (43)17-0597



La experiencia del VIH/sida en Alemania y México

Ave de México, el Instituto Goethe, Deutsche AIDS Hilfe, y el Museo Universitario del Chopo te invitan a una semana de intercambio cultural para responder creativa y efectivamente a los retos del VIH/sida.

- Conferencias y mesas redondas
- Información sobre avances terapéuticos y grupos de autoapoyo
- Estrategias culturales y educativas
- Mujer, VIH, y Salud Reproductiva
- Homofobia
- Talleres de autoestima, derechos humanos, nutrición, tanatología, etc.
- Políticas de adquisición de fondos
- Cine/Teatro/Música/Danza

Sede: Museo Universitario del Chopo
Dr. Enrique G. Martínez N°10
Col. Sta. María la Ribera

Fecha: Del 9 al 14 de junio
Horario: De 15 a 21 hrs.

Informes e inscripciones: De 10 a 14 hrs y de 16 a 20 hrs.
Tel/Fax: 515-3701 • 515-7984

Letra S

SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

Sale el primer jueves de cada mes en

LaJornada

Nuestra dirección en Internet es:
http://serpiente.dgsca.unam.mx/jornada/index.html

Agenda

9 de mayo
X Caminata Nocturna Silenciosa
19:00 hrs.
Del Angel de la Independencia al Zócalo.
A partir de las 14:00 tianguis informativo en el Angel de la Independencia.

Del 22 al 24 de mayo
Jornada Binacional de VIH/sida
Hospital Infantil General en Hermosillo, Son.
Hospital General en Cd. Obregón, Son.
Organiza el Gobierno del Estado de Sonora.
*Informes: Centro de Información para la Salud Tel.: (62)16-1297
Accsida Tel.: (62)10-2179

Del 9 al 14 de junio
Rompiendo Fronteras
La experiencia del VIH/sida en Alemania y México.
Avances en investigaciones biomédicas y nuevos tratamientos. Formación de grupos de autoapoyo. Estrategias creativas para la educación. El sida y los usuarios de drogas. Sobrevivientes de largo plazo y otros temas más.
Además talleres y eventos culturales.
*Museo Universitario del Chopo
Dr. Enrique G. Martínez N°10
Col. Sta. María la Ribera
De 9:00 a 21:00 hrs.
Informes e inscripciones:
De 10:00 a 14:00 hrs y de 16:00 a 20 hrs.
Tels./Fax: 515-3701 ˙ 515-7984

Del 22 de junio al 3 de agosto
Vamonos Rodando'97
Ruta ciclista a través de 19 estados de la República Mexicana.
Salida simultánea de Hermosillo, Son. y de Matamoros, Tamps.; finaliza en la Ciudad de México
*Informes:
Busca, A.C.
José M. Vigil N°61 C-9, Col. Tacubaya
Tel./Fax: 516-8604
E-mail: busca@laneta.apc.org

NOTA ACLARATORIA

Por un error lamentable, omitimos señalar en el artículo "¿Cómo valorar el riesgo de infección por VIH?", aparecido en el número de abril de este año, que gran parte de la información allí manejada, se tomó del primer capítulo de la *Guía para la atención médica de pacientes con infección de VIH/sida en consulta externa y hospitales*. Por este descuido, reiteramos aquí nuestras disculpas.

Consejo Técnico de Letra S


AMSAVIH IAP
Institución de Asistencia Privada


INNSZ
1946 · 1996